



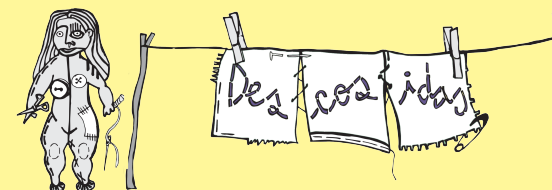
VIOLENCIA
CONTRA
LAS MUJERES

QUIEN
CALLA
OTORGA

INCIHUSA

CONICET


IDEGE
INSTITUTO DE ESTUDIOS DE GÉNERO
SECRETARÍA ACADÉMICA . UNCUIYO





VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES QUIEN CALLA OTORGA

BUENAS PRÁCTICAS EN INTERVENCIÓN SOCIO-SANITARIA
DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y DERECHOS HUMANOS



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 3.0 Unported](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/).
EDICIÓN DIGITAL: SEPT 2013, MENDOZA, ARGENTINA.

Autoras y coordinadoras: Patricia Gonzalez, Aleyda Yanes

Directora: Alejandra Ciriza

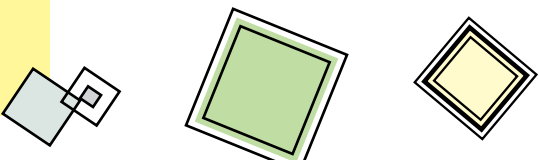
Autora y revisora: Rosana Rodríguez

Autoras: María José Gonzalez, Zaida Yanes

Diseño y maquetación: Marcos Marín

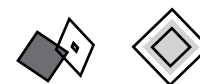
Ilustraciones: Maru Paganini

Corrección de estilo: Luciano Bertolotti





ÍNDICE



0

Prólogo.....	5	4.1.- La cuestión terminológica y los paradigmas implicados.....	47
Introducción.....	9	4.2.- Importancia de incorporar la perspectiva de género y el enfoque de derechos humanos en la intervención socio-sanitaria	49
Presentación	11	4.3.- Marco legal de la violencia contra las mujeres	50
- ¿Qué proponemos?	11	4.4.- Formas y manifestaciones.....	52
- ¿Quiénes y desde dónde le damos forma a esta propuesta?	12	4.5.- Revisión crítica del concepto víctima.	55
- ¿A quiénes la acercamos?.....	12	5- Violencia e intervención socio-sanitaria	58
- Alguna información sobre el contexto de producción y aplicación.....	13	5.1.- Violencia obstétrica contra la libertad reproductiva e institucional.....	59
- Equipo de trabajo.....	14	5.2.- Derechos sexuales	63
1- Introducción y perspectiva de trabajo	16	5.3.- Derechos reproductivos y no reproductivos	64
1.1.- Perspectiva de género.....	17	5.3.1.- Ligadura tubaria y anticoncepción:	65
1.2.- Perspectiva bioética Feminista	20	5.3.2.- Parto humanizado.....	68
1.3.- Enfoque de derechos humanos	23	5.3.3.- Aborto no punible.....	74
- ¿Qué relación hay entre los derechos humanos y la intervención socio-sanitaria en el sistema público de salud? ..	25	Recursos.....	78
- Algo de historia: derechos humanos de las mujeres	26	6- Denuncia: algunos puntos de partida	80
Recursos	27	6.1.- Algunos puntos de partida para promover intervenciones respetuosas con los derechos humanos	81
2- Categorías analíticas y herramientas conceptuales	29	6.2.- ¿Quiénes están obligados/as a denunciar situaciones de violencia de género?	84
2.1.- Sistema sexo-género.....	30	6.3.- ¿Quiénes pueden formular denuncia en situaciones de violencia de género?	85
2.2.- Roles y estereotipos de género.....	32	6.4.- Ámbitos legales que pueden activarse con la denuncia/demanda	86
2.3.- Interseccionalidad	35	6.4.1.- Ámbito civil.....	86
Recursos	37	6.4.2.- Ámbito penal.....	88
3- Impacto del género en la salud	39	- Gráfico de recorrido legal.....	90
3.1.- Repensando la salud y la enfermedad	40		
3.2.- Sesgos de género en salud	42		
- ¿Cómo opera el androcentrismo en estos procesos de invisibilización?.....	44		
4- Violencia contra las mujeres y violencia de género.....	46		



Recursos	89	9.3.- Objetivos a trabajar en las sesiones	121
7- Violencia en el ámbito de la pareja o ex-pareja	91	9.4.- Conformación del grupo: claves a tener en cuenta.....	123
7.1.- Mitos y estereotipos en la problemática de violencia contra las mujeres.	92	9.5.- Algunas recomendaciones	124
- Mitos con respecto a la violencia contra las mujeres.....	92	10- Impacto en la salud de la violencia contra las mujeres	127
- Mitos sobre los agresores.....	94	10.1.- Repercusiones en la salud	129
- Mitos sobre las mujeres en situación de violencia	96	10.2.- Repercusiones en la salud mental	131
- Mito de la violencia cruzada.....	97	10.3.- Incidencia de la violencia en la subjetividad	132
7.2.- Ciclo de la violencia.....	99	10.4.- Impacto en la salud de hijos e hijas	135
- ¿Cómo opera el ciclo de la violencia?.....	100	11- Indicadores de detección y riesgo, algunas recomendaciones para su abordaje	136
- Gráfico del ciclo de la violencia.....	104	-Violencia Física	138
- Gráfico de algunos de los mecanismos de control y poder puestos en marcha por los agresores	105	-Violencia Psicológica	139
7.3.- Formas de exposición de la violencia contra las mujeres sobre sus hijos e hijas	106	-Violencia Sexual	141
8- Formas patriarcales de concebir el amor: vínculo con la violencia en el contexto de pareja	108	-Violencia Económica	142
8.1.- Amor romántico / amor de pareja	109	11.1.- Indicadores de peligro: mujeres en situación de especial vulnerabilidad, mujeres separadas, mujeres en riesgo extremo.	142
8.2.- Relación amor / poder – poder / amor.....	111	11.2.- Indicadores de detección de situaciones de violencia contra las mujeres en sus hijos e hijas	144
8.3.- Características del amor romántico como construcción hegemónica.....	111	- Algunas recomendaciones para actuar ante la sospecha de que un niño, niña o adolescente pueda estar en un contexto de violencia de género.....	146
8.4.- Mitos de amor romántico y su impronta en la violencia contra las mujeres:	112	11. 3.- Algunas recomendaciones: Contribuyendo a la recuperación de las riendas de su vida	148
8.5.- El miedo a la soledad.....	116	Recursos	152
9- Una propuesta terapéutica: el trabajo grupal con mujeres en situación de violencia con sus parejas o ex.....	117	Postfacio.....	153
9.1.- ¿Por qué una propuesta grupal?	118	Recursos de atención a la violencia contra las mujeres....	157
9.2.- Encuadre terapéutico	118	Bibliografía	164



PRÓLOGO

Dra. Carme Valls-Llobet^[1]

Quien calla otorga, va más allá de las guías de prevención de violencia de género. Sus autoras, a las que felicito desde el principio por la iniciativa y por la profundidad de sus investigaciones y propuestas, nos abren los ojos a la violencia que no vemos, a la violencia invisible y a las omisiones cotidianas, a las no-acciones que por omisión, acaban otorgando el permiso para que otros ejerzan la violencia.

Dirigido a las y los profesionales de la salud y a las personas que trabajan en el espacio socio-sanitario se atreve a desvelar conceptos y situaciones que durante años han permanecido invisibles. Los estereotipos de género patriarcales se han introducido, durante siglos, en el imaginario de los seres humanos y han contribuido a considerar a las mujeres como seres *inferiores*, e *invisibles*, ya que su inferioridad “natural” hacía innecesario visibilizar ningún aspecto, ni sus acciones, ni sus discursos, pero a las que era necesario poseer para asegurar la paternidad de las hijas e hijos concebidos y controlar encerrándolas en harenes, cocinas o todo tipo de hogares, limitando sus salidas, sus gastos, y también la capacidad de decisión sobre su propio cuerpo.

La introducción de los estereotipos en las prácticas sociales, culturales

1.- Directora del Programa Mujeres, Salud y Calidad de Vida del CAPS. (caps@pangea.org). Es Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona, especialista en medicina interna y endocrinología e investigadora. Tiene valiosos libros publicados vinculados al acceso a la salud de las mujeres como: *Mujeres Y Hombres: Salud Y Diferencias*, Barcelona 1994; *Mujeres invisibles*. Planeta. Barcelona 2006; *Mujeres, Salud y Poder*, Barcelona 2009.

e ideológicas, ha hecho que la supuesta inferioridad de las mujeres se haya naturalizado, basándose en argumentos sin base científica, pero que las consideran aptas para ser conducidas y dirigidas, por las personas expertas, que si saben hacia dónde deben conducir sus pasos. Las ciencias de la salud no se han escapado del androcentrismo en todas las otras ciencias, y de formas manifiestas o sutiles han contribuido de manera consciente o inconsciente en la práctica de la violencia y de la aplicación de relaciones de poder sobre las mujeres.

Estos hechos han dado lugar a que la profesora emérita de Psicología Diferencial dra. Victoria Sau escribiera: “Las mujeres tienen órganos que no sienten como suyos, cuyas funciones les son ajenas y de los que disponen los entendidos en el terreno que sea”. Esta frase y su profundo significado me han guiado para escribir el ensayo *Mujeres, Salud y Poder* ya que el mismo desconocimiento que la investigación científica ha dedicado hacia las mujeres, al no incluirlas en los trabajo de investigación hasta el año 1993, y aún sólo en el 25% de ensayos clínicos sobre mortalidad cardiovascular hasta el año 2000, ha contribuido a la ausencia de una Ciencia de la Diferencia, que aún está en embrión, pero que va a crecer en los próximos años.

Las autoras defienden que es necesario que la violencia de género en todas sus manifestaciones sea considerado un problema de derechos humanos, y nos dicen: “Entendemos que desde la función pública se está llamando no sólo a respetar, sino a garantizar los derechos humanos y en particular, en lo que en este espacio nos ocupa, el acceso a la salud y a la justicia. Para ello es necesario favorecer prácticas que terminen



con el sexismo, el machismo, las desigualdades por edad, sexualidad, identidad de género, procedencia étnica... de quienes acuden a los servicios de salud. Para ello es necesario identificar la violencia institucional, la obstétrica, la violencia contra la libertad reproductiva, cuando se realizan y reproducen desde los espacios socio-sanitarios, para denunciarla y garantizar su no repetición”.

Al igual que falta ciencia de las diferencias en salud, también faltan estudios que identifiquen de qué forma la violencia estructural se expande sutilmente en el terreno de la asistencia y de las ciencias de la salud. En la asistencia sanitaria se puede manifestar la violencia tanto en la no realización o la omisión de lo que sería obligatorio en la investigación específica de todos los hechos relacionados con la salud (las causas en los aspectos biológicos, clínicos, psicológicos, sociales, culturales y medioambientales) como en el momento de la realización del acto médico o sanitario ya que se pueden expresar estereotipos de género que minimicen la escucha de los problemas que plantean las/los pacientes en el momento del acto médico o colaboren en su victimización.

Las autoras realizan un enfoque muy pertinente al asociar los problemas de salud de las mujeres y de su atención sanitaria como un derecho: “entendemos que resulta central situar el acceso a la salud y las condiciones en que se produce como una cuestión de derechos humanos. Hacemos referencia entonces a un conjunto de derechos fundamentales, que se aplican a todos los seres humanos sin que la edad, género, clase social, procedencia étnica, nacionalidad, orientación sexual, identidad de género den lugar a desigualdades en tales reconocimientos. Reconocen

en cada persona una dignidad que se concreta en los contenidos de los tratados internacionales de derechos humanos”.

Hay pocas guías que desvelen la violencia que pueden ejercer las instituciones y en concreto las instituciones médicas, hospitales, centros de atención primaria y especializada, o servicios de urgencia, en la atención a las mujeres. Los mismos protocolos de atención están adaptados mayoritariamente a las patologías de predominio masculino, sin atender a las diferencias. Pero además existen sutiles mecanismos de poder enraizados en el inconsciente que hacen pensar a los/las profesionales de salud, que las demandas de las mujeres son treinta veces más psicosomáticas que las de los hombres, y que si hay problemas de violencia en sus vidas, alguna razón tendrá la “natural” inferioridad de las mujeres.

En el mismo acto médico se pueden objetivar cuatro tipos de violencia que prolongan la ejercida en diversos ámbitos de las vidas de las mujeres, y en especial a la ejercida en las relaciones de pareja. En primer lugar, la limitación de la comunicación que hace más invisibles las quejas y los síntomas de las mismas mujeres. En segundo lugar, la relación de superioridad e inferioridad mantenida durante todo el acto médico, que no permite ninguna forma de comunicación más próxima (en cierto modo favorece la inferioridad); el aislamiento del exterior por el que las mujeres no pueden tomar decisiones autónomas y por lo tanto se las puede poseer y controlar de forma más directa; y por último la destrucción del ser humano que ha pedido ayuda, que pasa a ser una enferma o un enfermo en lugar de tener una enfermedad o de estar enfermo o enferma.



Violencia contra las mujeres

Es tan habitual el mal trato en las relaciones médico paciente que éstas no perciben como una violación de principios éticos conductas que por frecuentes ya consideran “normales”, como que no se las escuche en el acto médico, o que no se les dé tiempo para considerar diversas opciones terapéuticas o exploratorias. Aunque sí pueden percibir como violación de sus derechos que reciban exploraciones con connotaciones sexuales específicas, o la misma violación del secreto profesional, por ser agresiones más explícitas. La profesora Katrina Swahnberg (2007) realizó un estudio cualitativo entre las mujeres suecas que habían manifestado haber recibido abusos en la asistencia sanitaria. Como resultado de su estudio obtuvo cuatro categorías de sensaciones que se repetían en todas las entrevistas efectuadas: la sensación de pérdida de poder, la sensación de ser ignorada, la sensación de haber experimentado falta de atención o cuidado y la falta de empatía. Ella concluye su artículo determinando que la sensación global de estar anuladas es la que manifestaban más un treinta por cien de mujeres que conectaban con la atención sanitaria.

¿Cómo puede dar igualdad de oportunidades un sistema sanitario que acoge la demanda de una mujer que ha recibido violencia en sus relaciones personales, si empieza sus contactos anulándola en lugar de acompañarla para que inicie su recuperación? Todo lo que las mujeres desean es ser bien atendidas y que se las trate como seres humanos, iguales en derechos a los de los hombres. Cuando detallan los sentimientos de pérdida de poder, éstos se describen como sensaciones de humillación y tristeza, y no dudan en llamar a estos sentimientos, un abuso. La pérdida de poder la describen como “no tener voz”.

Quien calla otorga

Las mujeres se sienten ignoradas cuando ellas no son reconocidas, ni como seres humanos ni como pacientes, y en particular, cuando el personal sanitario no escucha sus necesidades específicas. Las rutinas que se desarrollan, pobres y escasas, la pérdida de conocimiento sobre las pacientes y la insuficiente preparación médica para entender qué es lo que les está pasando han sido otros aspectos importantes que hacen que las mujeres se sientan ignoradas. Últimamente la tendencia de hacer protocolos médicos para hacer más homogénea la atención, para controlar el gasto, pero también para hacer pensar que todas las personas son iguales y van a necesitar las mismas exploraciones, contribuye a la sensación de perder una atención individualizada; a la pérdida de una consideración de las mujeres como personas que acaban sintiéndose tratadas como objetos.

La existencia de la violencia cultural, da soporte y legitima la violencia directa y la estructural. La violencia estructural es un proceso silente que impide que los individuos y los grupos profesionales se den cuenta de su verdadero potencial. Los mismos profesionales sanitarios desobedecen muchas veces los principios éticos en la relación profesional, porque forman parte de la norma habitual de relación o por la premura de tiempo, pero no se dan cuenta de ello, no son conscientes de que contravienen las normas de respeto, justicia y ausencia de predominio de poder en el acto médico. Ni las pacientes ni los/las profesionales se dan cuenta de las violaciones efectuadas porque los dos grupos están sometidos a la misma violencia estructural.

La ausencia de la voz y de la experiencia de las mujeres en la construcción de la clínica y en la definición de salud, sólo se podrá

0



superar con la incorporación de las palabras de las mujeres al lenguaje de la Medicina. Por ello es tan importante el trabajo de las autoras de este libro y de la asociación promotora Descosidas, con todo el amplio elenco de profesionales que han contactado.

No es fácil desvelar cómo los estereotipos encerrados en el inconsciente, limitan la mirada de la ciencia sobre las diferencias y determinan muchas de las actitudes de los/las profesionales de la salud cuando se dirigen a la atención sanitaria de las mujeres. Pensar que siempre se está atendiendo a alguien inferior, colabora en el proceso de victimización de las mujeres, colabora en su anulación, y empeora la situación subjetiva de las mismas, que creen no tener ninguna salida, que acaban sintiéndose cercanas a no ser sujetos, cercanas a ser convertidas en nada.

Con seres humanos anulados, con mujeres convertidas en no-sujetos, se hace muy difícil la tarea de la asistencia sanitaria, en intentar mejorar pero sin empeorar la situación inicial (*primum non nocere*). Probablemente todos los y las profesionales de la salud que de forma directa o indirecta tengan contactos con mujeres en la atención sanitaria deberían realizar cursos de formación en relación con la violencia de género y tener en cuenta las guías de prevención como la que estoy prologando. En realidad el proceso de formación deberá ser un profundo proceso de desconstrucción de los estereotipos que, tan sutilmente, la cultura y las familias desde varias generaciones ha introducido en el pensamiento de las personas que atienden en el sistema sanitario y también en la mente de quienes investigan. Los sesgos de género empiezan en la investigación sanitaria, que es la que construye la Ciencia. Si las ciencias de la salud

nacen sesgadas, también lo será la docencia sanitaria, y al final de la cadena, la asistencia.

La masiva incorporación de las mujeres en la asistencia sanitaria que muy lentamente se acerca a la ocupación también de los lugares de gestión, el hecho mismo de la elaboración de esta guía desde la mirada multidisciplinar de muchas mujeres provenientes de diversas profesiones, contribuyen a la esperanza de que estamos en el camino de cambios serios, y profundos que ayuden a minimizar el sufrimiento, y desvelen los estereotipos de género que todavía planea en la forma de ejercer la atención sanitaria. Gracias otra vez a las autoras y les animo a que tengan este trabajo cercano en sus mesas de trabajo para consultarlo y trabajarlo en equipo. Su profesionalidad y su empatía hacia el sufrimiento humano se lo agradecerán.



INTRODUCCIÓN

Por M^a Carmen Monreal Gimeno^[2]

La violencia de género, aquella que sufren las mujeres por el mero hecho de serlo, es resultado de siglos de historia y creencias en los que las mujeres tienen su razón de ser al servicio de los hombres y de la propia Humanidad, en la medida en que la transmisión de la vida es su *función fundamental*.

Las mujeres no se conciben como esas “otras” que poseen autonomía, sus propios deseos y anhelos y que se relacionan en igualdad de condiciones con los hombres, como ya hemos indicado su razón de ser está en el servicio a los otros.

El que la violencia de género tenga un componente ideológico o cultural tan fuerte es lo que hace que sea tan incomprendida porque esa desigualdad que arrastran las mujeres de la que la violencia es la expresión más extrema, es resultado de una desigualdad que aún permanece en la sociedad y sigue transmitiéndose.

La propia ciencia ha contribuido a esta permanencia de la desigualdad cuando ha atribuido buena parte de esas diferencias -que dan como resultado la desigualdad- a la biología, para poder así perpetuar de forma más creíble las desigualdades y justificar así su inmovilidad.

2.- Profesora titular de psicología social, codirectora del Master de Género e Igualdad de la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla. España.

De este modo la violencia de género se justifica en creencias que se resisten al cambio y están instaladas en los diversos colectivos sociales. De ahí que sea una magnífica idea la realización de este manual orientado a aquellos/as profesionales que atienden a las personas que sufren violencia de género. Es muy difícil atenderlas en condiciones óptimas si no se es consciente de por qué y cómo se produce esta violencia. Si se desconocen los condicionantes, desencadenantes y el propio proceso de la violencia de género, se la tratará como a una violencia más, ignorando las raíces de la misma, los caminos por los que transita, que no son otros que la desigualdad a la que se ven sometidas las mujeres ancestralmente.

Los/as profesionales deben conocer que esos signos de violencia que presentan las mujeres en situación de violencia son sólo la punta del iceberg, resultado de años y años de sufrimientos en los que los insultos, el ninguneo, los desprecios han sido el marco de sus vidas cotidianas. Todo ello se agrava si consideramos que la persona que le ha infringido esos daños es aquella en la que ha confiado y de quien esperaba apoyo, de aquel con quien tiene una relación afectiva, esto hace radicalmente diferente esta violencia a cualquier otra.

La violencia patriarcal que se produce en el ámbito de parejas o exparejas no la provoca un extraño sino las personas a las que esas mujeres amaron y que ahora les produce miedo y dolor, pero que no administra de modo continuo, hay momentos de respiro en los que le parece que las cosas pueden cambiar y bajar la guardia, retirar las denuncias y esperar que la vida y sus parejas las traten mejor.

Por no conocer el ciclo de la violencia, los/as profesionales de la justicia



no entienden por qué las mujeres retiran las denuncias justo cuando se va a realizar el proceso. Sólo parecen atender a que les habrían hecho perder un tiempo precioso y no comprenden que estas mujeres se debaten entre el miedo y la esperanza sin que las circunstancias cambien.

Si los profesionales conocieran el funcionamiento del ciclo de la violencia entenderían que las mujeres que se encuentran en situación de violencia, cuando están en el período de “luna de miel” creen que sus parejas van a cambiar, que están arrepentidos de su conducta y que a partir de ese momento no van a sufrir más, además a esta persona a la que han querido y aún quieren no le van a arruinar la vida con la denuncia. Pero estos períodos de respiro cada vez son más breves hasta que desaparecen y las mujeres se ven incapacitadas para salir de la espiral de la violencia.

También están los/as profesionales de la salud que han de saber leer en la cara y cuerpo de las mujeres toda la angustia contenida por el miedo y la creencia de fracaso al no haber sabido agradar y responder a las expectativas de las personas con las que conviven.

Son precisamente estas creencias de realización personal en función de los otros/as y la necesidad de continuo reconocimiento, las que alimentan y permiten que las mujeres soporten situaciones inadmisibles.

Los/as profesionales de la salud deben anteponer la atención a las personas sobre todo lo demás, conocer cómo las mujeres en situación de violencia han perdido sus redes relacionales y pueden encontrarse totalmente solas, a merced de los agresores. Ésa es la estrategia que ellos han seguido para controlarlas, aislarlas de cualquier influencia, para que ellas perciban la realidad tal como los agresores quieren y así poder

dominarlas.

Los maltratadores persiguen un objetivo que es dominar a las mujeres con las que se vinculan, reducir su autonomía, por eso calculan los movimientos y les administran la violencia pero no de forma continua, de ser así, las mujeres huirían y no lograrían sus propósitos. Poco a poco consiguen que éstas realicen un aprendizaje en la indefensión, porque hagan lo que hagan van a ser cuestionadas y violentadas.

Ellos, los maltratadores, no poseen una patología específica, son hombres *normales*, si *acaso un poco más masculinos*, quizá *se extralimiten un poco, pero poco*. Eso es lo que pensaba la sociedad, hasta que el número de muertes de estas mujeres, superior a la de los atentados, se han convertido en un problema social, dejando de ser un asunto limitado a la esfera privada.

Aunque puede parecer -porque así queda reflejado en las leyes de los diversos países- que las mujeres han conquistado cotas de libertad y de poder, estamos comprobando que no es así. Las creencias no han cambiado tanto y se sigue transmitiendo la desigualdad entre hombres y mujeres, quienes siguen subordinadas a los hombres y no se sienten dueñas ni de sus propios cuerpos.

De ahí que sea fundamental si queremos que las mujeres lleguen a ser conscientes de su singularidad, autonomía y valor, que los/as diversos/as profesionales que están en relación con aquellas mujeres que sufren violencia, conozcan las ideologías que subyacen a los hechos reflejados en este manual y que suceden en los cuerpos de las mujeres: violencia, explotación, sumisión etc... Sin acercarse a estos conocimientos no podrán



Violencia contra las mujeres

entender los procesos que se desarrollan en ellas, ni lograrán ayudarlas en la recuperación de su salud, lo que comprende la recuperación de la ilusión por una vida independiente y satisfactoria.

Esperemos que esta iniciativa sea secundada por muchas otras que orienten a las/os profesionales que tengan como objetivo ayudar a las mujeres a su propia realización personal después de haberse visto desposeídas de sí mismas.

Esta obra tiene el coraje de luchar para transformar las vidas de las mujeres azotadas por la violencia y la desolación. Esperemos que cunda el ejemplo y enhorabuena al equipo de trabajo de este manual.

Quien calla otorga

0



PRESENTACIÓN



¿Qué proponemos?

Quien calla otorga, es un manual realizado en el marco de los Proyectos de Divulgación Científico – Tecnológica 2012–2013 del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), una herramienta que acercamos a las y los operadores socio-sanitarios de la provincia de Mendoza, a fin de promover prácticas garantizadoras de los derechos humanos de quienes asisten a los servicios de salud. Una cuestión clave para ello, además de un mandato legal, es que las prácticas se realicen desde una perspectiva de género^[3].

Qué es y cómo se incorpora esta perspectiva y el enfoque de derechos humanos es algo que hemos trabajado con equipos socio-sanitarios de la provincia de Mendoza en una serie de formaciones que realizamos

3.- Así por ejemplo la Convención Belem do Pará señala en su artículo 8º que "...los Estados Partes convienen en adoptar medidas específicas, y programas para: fomentar el conocimiento y la observancia del derecho de la mujer a una vida libre de violencia, modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, incluyendo el diseño de programas de educación formales y no formales apropiados a todo nivel del proceso educativo, para contrarrestar prejuicios y costumbres y todo otro tipo de prácticas que se basen en la premisa de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los géneros o en los papeles estereotipados para el hombre y la mujer que legitiman o exacerban la violencia contra las mujeres; fomentar la educación y capacitación del personal en la administración de justicia, policial y demás funcionarios encargados de la aplicación de la ley, así como del personal a cuyo cargo esté la aplicación de las políticas de prevención, sanción y eliminación de la violencia contra las mujeres ...". La Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres (CEDAW), también contiene la obligación internacional de implementar políticas que remuevan los roles y estereotipos de género arraigados en nuestras sociedades, que están a la base de la desigualdad y discriminación que atraviesan los cuerpos de las mujeres, no de todas en la misma medida, no con los mismos mecanismos ni manifestaciones, pero sí de todas sistemáticamente. El país cuenta además con una ley de protección integral (26.485).



durante el año 2011. Las mismas, realizadas por este equipo, desde el Hospital Universitario, la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, el Instituto de Estudios de Género y Mujeres de la UNCuyo; al igual que las realizadas en el 2012 bajo el impulso de la Facultad de Derecho de la UNCuyo son un valioso antecedente del material que hoy acercamos.

Así, realizamos una primera guía de intervención, que hemos ido puliendo, sumando aportes y revisiones críticas. En este período 2011-2013 también hemos podido poner en marcha algunas propuestas al trabajar con distintas instituciones: áreas de las mujeres municipales, Universidad Nacional de Cuyo, hospitales como el Universitario, Lencinas, del Carmen, Pereyra, diferentes centros de salud, equipos de trabajo de niñez y maternidad, entre otros. Esto nos ha llevado también a la necesidad de buscar nuevas respuestas para hacer frente a las problemáticas y situaciones concretas de vulneraciones de derechos, con las que tomamos contacto.

¿Quiénes y desde dónde le damos forma a esta propuesta?

Desde la Asociación Descosidas, junto con compañeras de otras organizaciones feministas como Nora Llaver, de la Colectiva Las Juanas y las Otras quien nos ha acompañado en los procesos de formación profesional; la investigadora feminista Rosana Rodríguez quien además de acompañarnos en esa tarea, es parte del presente proyecto; espacios académicos como la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales UNCuyo, el grupo de trabajo Experiencia Política, Memoria y Género del INCIHUSA-

CONICET y el Instituto de Estudios de Género y Mujeres de la UNCuyo, que dirige Alejandra Ciriza, le hemos dado cuerpo a este material, esperando que sea un cuerpo abierto, vivo, en proceso inacabado de construcción, que acerque a los y las trabajadoras de salud, sociales y de justicia, herramientas que promuevan intervenciones más igualitarias y respetuosas con los derechos humanos.

¿A quiénes la acercamos?

Quien calla otorga, en tanto va dirigido a profesionales y personal socio-sanitario, es también una forma de denunciar los silencios, las omisiones, las reproducciones de la violencia, que muchas veces se constatan en la intervención social y en salud. Entendemos que desde la función pública se está llamado/a no sólo a respetar, sino a garantizar los derechos humanos y en particular, en lo que en este espacio nos ocupa, el acceso a la salud y a la justicia. Para ello es necesario favorecer prácticas que terminen con el sexismo, el machismo, la discriminación por edad, sexualidad, identidad de género, procedencia étnica y clase social de quienes acuden a los servicios de salud. Para ello es necesario identificar la violencia institucional, la obstétrica, la violencia contra la libertad reproductiva, cuando se realizan y reproducen desde los espacios socio-sanitarios, para denunciarla y garantizar su no repetición.



Violencia contra las mujeres

Alguna información sobre el contexto de producción y aplicación

Es importante dar a conocer el contexto social de *Quien calla otorga*, en tanto empezó a gestarse de manera contemporánea al fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación que saldó la interpretación del segundo inciso del apartado 2º del art. 86 del CP, que regula los abortos no punibles, en particular en los casos de violación. Pero también ha sido contemporánea a la reedición de obstáculos a tales prácticas tanto desde ámbitos sanitarios como jurídicos; a las omisiones del gobierno provincial en protocolizar esta atención y a reiteradas formas de violencia institucional, que van desde la falta de educación sexual integral en la provincia, a las omisiones en casos de abortos legales, la falta de políticas de estado en materia de abordaje de la violencia de género, la invisibilización de lesbianas, homosexuales, bisexuales, travestis, trans en la atención de la salud y por ello su desprotección.

Basta tener en cuenta que a través de los cuestionarios de conocimientos previos realizados al inicio de cada ciclo formativo^[4] (2011 y 2012) hemos identificado que aproximadamente el 98% de los y las trabajadoras de salud consultadas suponen que la violencia de género puede darse *tanto de*

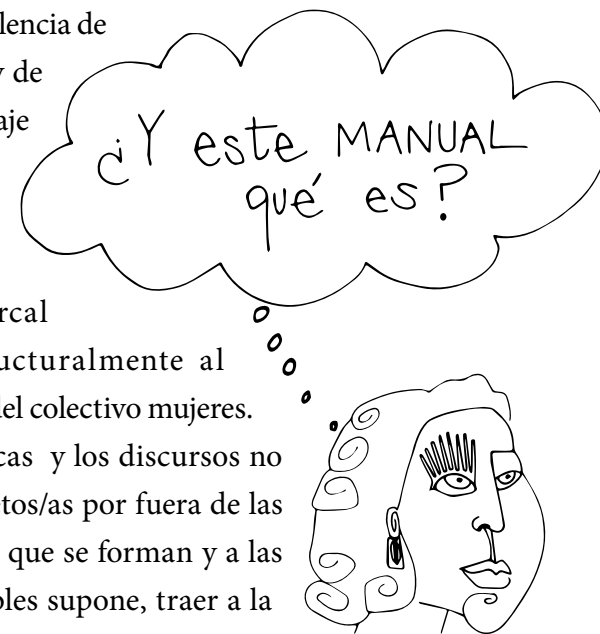
4.- Hacemos referencia a aquellos que fueron impulsados desde Des.Cos.Idas, el IDEGEM, la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, el Hospital Universitario y a Facultad de Derecho de la UNCuyo, en el marco de los proyectos de inclusión social e igualdad de oportunidades. El primer año se dirigieron a operadores/as de salud y el segundo año a operadores/as de justicia. En el inicio de cada ciclo formativo se distribuyeron cuestionarios de conocimientos previos, a fin de indagar las concepciones en cuanto a la salud integral de mujeres y varones, y el sistema de creencias, mitos y estereotipos de género presentes en trabajadoras/es de la salud. El número total de personas que respondieron al cuestionario de conocimientos previos mencionado fue de 109 el primer año y 70 el segundo.

Quien calla otorga

0

varones a mujeres como a la inversa. Asimismo, un 93% aproximadamente afirma que la violencia *es innata* en los varones desconociendo que la misma se aprende y que hay estructuras sociales que la promueven y reproducen. Esto da cuenta de la falta de herramientas para situar y comprender la violencia de género, que como señala la ley de protección integral, tiene anclaje en las relaciones desiguales de poder entre varones y mujeres, relaciones que dada la vigencia de un sistema heteropatriarcal a escala global, sitúa estructuralmente al colectivo varones por encima del colectivo mujeres. Conscientes de que las prácticas y los discursos no son sostenidas por los/las sujetos/as por fuera de las diferentes instituciones en las que se forman y a las que pertenecen, hacerlas visibles supone, traer a la luz no sólo lo que está oculto, sino incluso aspectos no percibidos dentro del hacer profesional. Pues estos patrones interpretativos, argumentativos y de intervención en torno a la diferencia sexual y la violencia de género sostienen y habilitan prácticas profesionales con un impacto más que concreto, encarnado, sobre quienes se hacen atender en los servicios sanitarios.

Las situaciones de violencia contra las mujeres permanecen invisibles en un alto volumen de casos, así de un total de trece (13) indicadores





de violencia contra las mujeres propuestos en los citados cuestionarios, sólo se identifica una media de cinco (5). Entendemos que ello conlleva la reproducción y perpetuación de la violencia de género desde las instituciones públicas, problemática que, como mencionábamos, no se dimensiona por la inexistencia de estadísticas oficiales; así como por la ausencia de protección integral y efectiva en la provincia. No resulta un dato menor que Mendoza no cuente con un protocolo de intervención en casos de violencia de género, ni servicios especializados e integrales de abordaje y tratamiento.

Hay también en ese contexto social, avances en el reconocimiento de derechos humanos desde una perspectiva de género, contamos con una nueva ley de salud mental, con una valiosa ley de identidad de género, con la regulación del matrimonio igualitario, además de la ley de protección integral ya mencionada. Nos hemos encontrado con potentes e interesadas respuestas a las formaciones en género y derechos humanos ofrecidas desde el Programa de Inclusión Social e Igualdad de Oportunidades de la UNCuyo a profesionales de ámbitos sociales, judiciales y de salud.

Esperamos por todo ello, que este material que cuenta con el financiamiento del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), y el apoyo de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, del Instituto de Estudios de Género y Mujeres de la UNCuyo y de la Asociación Descosidas, sea un paso más en el camino hacia la incorporación de los estudios de género y derechos humanos a los estudios de grado de las carreras sociales, entre las que claramente incluimos a las ciencias médicas y jurídicas; y a los estudios de especialización

de posgrado, como maestrías y doctorados. La formación universitaria reproduce la desigualdad al no incorporar en forma transversal la perspectiva de género y el enfoque de derechos humanos; por razones que tienen que ver con la reproducción de una estructura social que es hegemónicamente patriarcal, heteronormativa y capitalista, que pretende fundar la desigualdad en la biología.

Desde el equipo de trabajo, entendemos que el conocimiento y la reflexión teórica se construye con y desde la práctica profesional y política, por ello hemos reunido aportaciones desde la perspectiva de género y derechos humanos, con experiencias sociales y profesionales, para favorecer, a través de este material, formas integrales de entender la salud y el derecho.

EQUIPO DE TRABAJO

*** Alejandra Ciriza:** Directora del proyecto, investigadora principal de CONICET, doctora en filosofía UNCuyo, directora del Instituto de Estudios de Género y Mujeres UNCuyo y del grupo de trabajo Experiencia Política, Memoria y Género del INCIHUSA-CONICET.

*** Asociación Socioeducativa Descosidas:** Entidad feminista, laica, autónoma, que cree firmemente que la sensibilización y la formación son el primer paso para que las personas y las comunidades desarrollen un mayor grado de autonomía, solidaridad, capacidad crítica y trabajo en red.



Violencia contra las mujeres

En este sentido entiende que la investigación-acción tiene aportaciones claves que realizar en estos procesos. Tiene sede en la ciudad de Barcelona y delegación en Mendoza desde el año 2011, cuenta con un equipo interdisciplinario, cuyas integrantes aportan distintas experiencias y procedencias disciplinares, de origen, edades, clase, sexualidades.

*** Patricia Gonzalez Prado:** Investigadora y coordinadora del proyecto, abogada UNCuyo, Mendoza, Argentina. Magister en Estudios de las Mujeres, Género y Ciudadanía, Universidad de Barcelona, doctoranda en Derecho Público y Filosofía Jurídico-política, Universidad Autónoma de Barcelona. Integra la colectiva feminista Las Juanas y las Otras y la Asociación Socio-educativa Descosidas.

*** Aleyda Yanes Bethencourt:** Investigadora y coordinadora del proyecto, licenciada en Psicología por la Universidad de la Laguna, Tenerife, España. Magister en Estudios de las Mujeres, Género y Ciudadanía. Universidad de Barcelona. Magister en Psicología Forense, Instituto Español de Psicología Conductual. Integra la Asociación Socio-educativa Descosidas.

*** Rosana Rodríguez:** Revisión científica y metodológica del proyecto, Licenciada en Sociología UNCuyo, doctora en Investigaciones Feministas de la Universidad Pablo de Olavide Sevilla, España. Profesora y directora

Quien calla otorga

del Centro de Publicaciones de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. UNCuyo. Integra la colectiva feminista Las Juanas y las Otras.

*** María José Gonzalez Prado:** Investigadora especialista en violencia de género e intervención terapéutica y comunitaria, licenciada en psicología Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina. Integra la colectiva feminista Las Juanas y las Otras y la Asociación Socio-educativa Des. Cos.Idas.

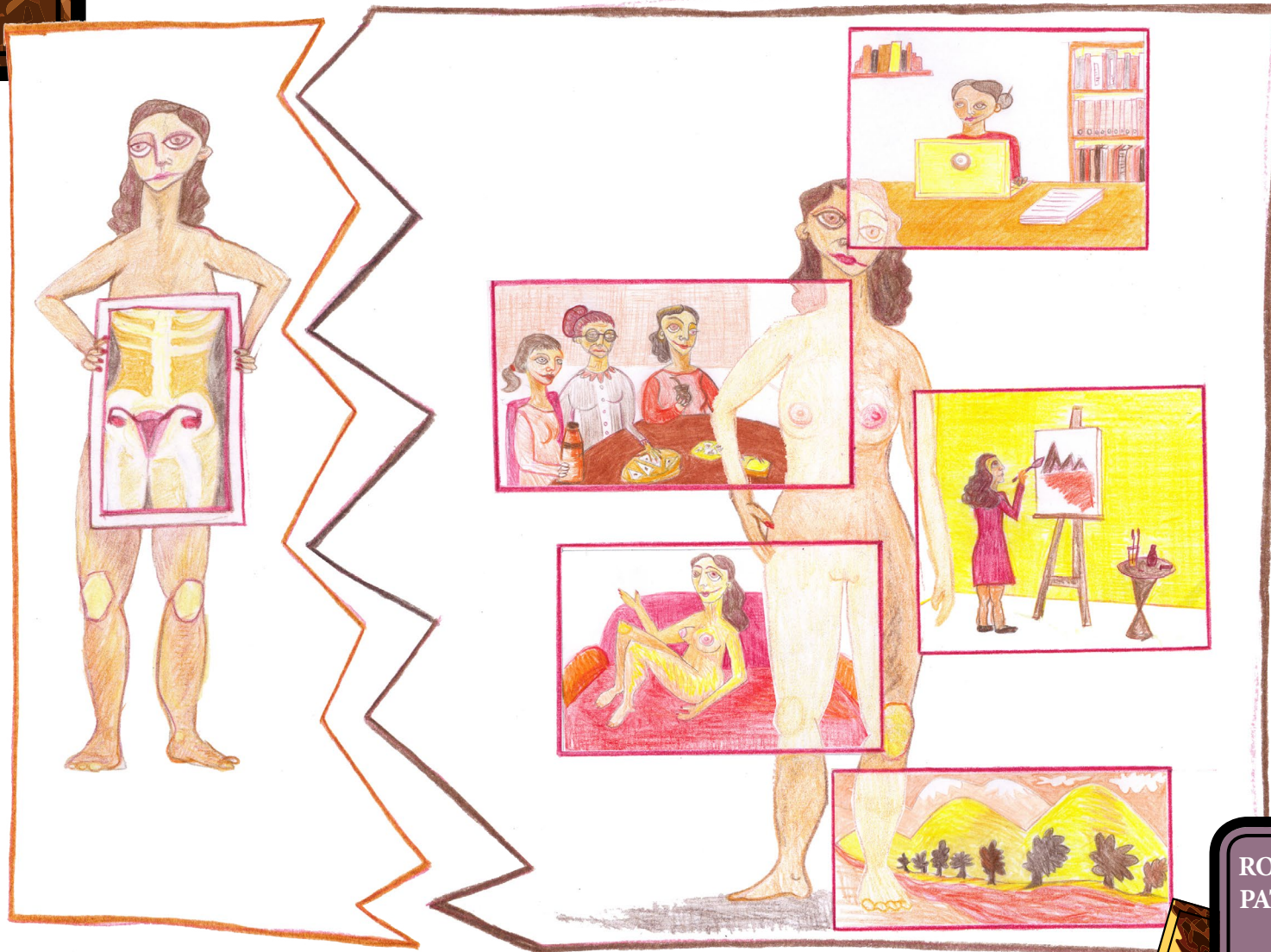
*** Zaida Yanes Bethencourt:** Licenciada en Psicología por la Universidad de La Laguna, España. Magister en Prevención e Intervención en Violencia de Género, Universidad de la Laguna. Especialista en Peritaje Psicológico en Violencia de Género y en Familia, Universidad de La Laguna.



0

1

INTRODUCCIÓN Y PERSPECTIVA DE TRABAJO



ROSANA RODRÍGUEZ
PATRICIA GONZALEZ
ALEYDA YANES



Violencia contra las mujeres

El material que les acercamos se propone como una herramienta de trabajo socio-sanitariamente útil y respetuosa de los derechos humanos. Comprende una introducción teórica sobre las problemáticas abordadas en cada uno de los capítulos y una serie de recomendaciones sobre buenas prácticas para la intervención.

Hemos incluido información sobre distintos tipos de recursos que pueden ser de utilidad, tanto bibliográficos como audiovisuales a modo de ampliar las perspectivas posibles de abordar las temáticas y habilitar fuentes para su profundización. Por último hemos incluido un póster de una de las cuestiones de mayor preocupación entre las y los profesionales con los que hemos trabajado en espacios de formación: él o los circuitos legales viables en situaciones de violencia, las posibilidades que brinda la denuncia, las obligaciones profesionales y los derechos de las personas que acuden a los servicios de salud. Esperamos sea de utilidad en los espacios de trabajo, despeje dudas y en definitiva abogue por una socialización del derecho.

Afirmamos junto a la médica Carme Valls-Llobet (2010:417) que *sólo la fuerza de las redes científicas, sociales, filosóficas, sindicales puede ayudar a enfrentarnos a unas redes perfectamente organizadas del poder industrial, institucional y mediático*; sólo la fuerza de estas redes podrá desarticular las herramientas patriarcales y capitalistas que siguen impregnando gran parte de las actividades sanitarias generadoras de vulneraciones de derechos que fomentan y perpetúan la violencia. Este material pretende aportar herramientas de buenas prácticas sociosanitarias, a partir de las experiencias formativas, tomando en consideración aquellas situaciones

Quien calla otorga

1

problemáticas, vacíos y fortalezas obtenidas de los encuentros que nos han brindado los y las participantes de las formaciones y demás personal sociosanitario consultado.

Redes que no sean sólo de resistencia sino de propuesta social, de reflexión y de debate. Es precisamente por esa fuerza conjunta que nos llama a revisarnos continuamente en pro de una atención e intervención más justa y libre de discriminaciones, que este documento está llamado a permanecer, por definición inacabado. Sujeto a permanente debate y ampliación por la población a quien va dirigida: trabajadoras y trabajadores de la salud en sentido amplio.

1.1.- PERSPECTIVA DE GÉNERO

...El yo, -como el género, como el cuerpo- es una construcción social, lingüística, un efecto del discurso, y no un dato natural, a priori, preexistente a los social o a la semiosis...

Teresa de Lauretis^[5] en

Diferencias. Etapas de un camino a través del feminismo (2000)

Para entender cómo opera el género como determinante social y categoría analítica –cuya incorporación en la intervención socio-

5.- Teresa de Lauretis es una teórica postestructuralista y cinematográfica italiana, impulsora de un feminismo radical con una nueva lectura de la sociedad. Fue pionera en utilizar el término *Teoría Queer* para acentuar las discontinuidades de las diferentes formas de afectividad y sexualidad (en oposición a la concepción común en el s. XX de separar completamente a las personas homosexuales de las heterosexuales); pero lo abandonó por juzgar que la palabra 'queer' había sido adueñada por prácticas teóricas e incluso mercadológicas que la vaciaron de su contenido político. Sus libros más destacados se centran en la representación cinematográfica de las mujeres, así como también en el psicoanálisis con lecturas críticas desde el feminismo radical lesbiano y chicano.



sanitaria es un deber legal- es importante esclarecer qué es, a qué hacemos referencia cuando lo mencionamos en las teorías sociales. En cuanto determinante social construye nuestras identidades sexo-genéricas; como categoría analítica opera como instancia crítica de la naturalización de las desigualdades entre los/las sujetos/as en razón de la diferencia sexual.

Joan Scott señala que el género se entiende como una *construcción simbólica que alude al conjunto de atributos socioculturales asignados a las personas a partir del sexo y que convierten la diferencia sexual en desigualdad social*. Esto le ha permitido

afirmar que el género es una categoría social que se impone sobre un cuerpo sexuado,

(Scott, Joan, 1990: 24). A

partir de ello se edifican las nociones de feminidad y masculinidad que nos construyen como sujetas/os sociales con características diferenciadas

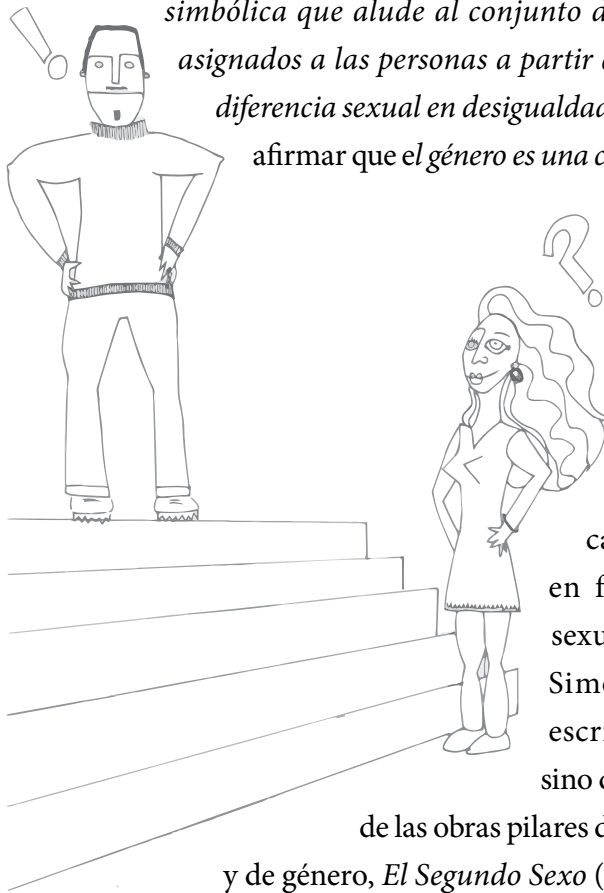
en función de la asignación sexual. Cosa que ya anunciaba Simone de Beauvoir cuando escribía que no se nace mujer sino que se deviene mujer, en una

de las obras pilares de los estudios de las mujeres y de género, *El Segundo Sexo* (1949).

Pero el género no sólo construye lo que es ser mujer y varón, en un momento histórico dado, en un espacio geopolítico concreto, sino que jerarquiza las características que atribuye a la masculinidad en detrimento de lo que asocia a la feminidad, erigiendo binomios antagónicos. Varones y mujeres son definidos unos/as en relación con los otros/as y no se puede comprender ninguno separadamente. Este aspecto relacional del género permite comprender que *la información sobre la mujer es también información sobre el hombre, que el estudio de uno involucra el estudio del otro* (Scott, Joan, 1990: 24).

Desbiologizar el género, supone comprender que la genitalidad que portamos no tiene que ver con las características sociales que se atribuyen diferencialmente a varones y a mujeres, determinando desiguales posibilidades de experimentar el mundo. Atender a esta premisa en nuestra práctica profesional o investigadora es lo que llamamos incorporar la perspectiva de género. La integración de esta perspectiva tendría como efecto el rechazo al determinismo biológico a partir del cual se ha justificado históricamente la situación de subordinación y esclavitud de determinados grupos sociales; baste recordar las explicaciones científicas que afirmaban una inferioridad intelectual en la población negra. Esta sentencia era normalizada mediante mecanismos similares a los que hoy naturalizan los lugares sociales asignados a los géneros por ejemplo.

Estos procesos de construcción de lo que es un varón o una mujer, difuminan lo que corresponde al género y al sexo, neutralizan las consecuencias políticas de las diferencias intergenéricas y se traducen en el orden social, sanitario, legislativo, institucional y material, generando





Violencia contra las mujeres

Quien calla otorga

1

obstáculos o facilidades en el acceso a una atención digna en estos espacios.

La normalidad se asocia a una cuestión de mayoría estadística, a partir de su supuesta representatividad; presentada con carácter socio-biológico lo que añade puntos a su legitimación. Normalización, según Foucault, comprende las jerarquías y regulaciones establecidas a partir de una “norma” de distribución estadística; es el juicio basado en la adaptación o desviación de ésta (citado por Cabruja, Teresa 2005:129). Esta reglamentación es puesta en marcha por diferentes instituciones, entre ellas las que nos ocupan -instituciones sanitarias- donde esa raigambre biológica adquiere un carácter vinculante en el proceso de normalización. A partir de ellas, entre otras prácticas sociales e institucionales, se apoyan y reproducen las discriminaciones/ limitaciones/ negaciones sobre los/las sujetas que demandan el derecho; se dota de significado a la diferencia, en términos de desigualdad.

De esta manera, la **perspectiva de género** en referencia a los marcos teóricos adoptados implica:

—•**A.** Reconocer las **relaciones de poder entre los géneros**, que imponen un acceso diferencial a recursos materiales y simbólicos a partir de la jerarquización de los varones sobre las mujeres.

—•**B.** Partir del carácter de **construcción social e histórica** de tales relaciones y por ende, la posibilidad de su transformación. Entendiendo que estas construcciones definen lo masculino y lo

femenino a partir de la atribución diferencial de expectativas sociales, roles y pautas comportamentales y emocionales; lo cual es sostenido a través de normas y valores culturales difundidos por varias instituciones sociales que perpetúan estas relaciones de poder más allá de lo individual: el sistema legal, las políticas públicas, el sistema educativo, la religión, los medios de comunicación, la familia, entre otras.

—•**C.** Reflexionar sobre las múltiples formas de opresión que atraviesan el entramado social y sus articulaciones con otros ejes de organización social tales como las de clase, etnia, edad, sexualidad, religión, entre otras, situando a la ciudadanía en condiciones de vulnerabilidad o privilegio, en función de su intersección. Con respecto a la salud, por ejemplo, diversos estudios señalan que las diferencias y desigualdades de género, junto con la condición socioeconómica, son las causas más importantes de inequidades en la salud y el acceso a ésta (Borrell, 2004: en Mari Luz Esteban, 2010: 36).

El género, así como otros determinantes sociales, tiene un doble impacto con respecto a la salud. Por un lado, la impronta directa en los cuerpos a partir de las relaciones de poder jerarquizadas entre varones y mujeres, lo que se traduce en distintas formas de violencia. Por otro lado, el género tiene también un impacto indirecto, pero no por ello



menos importante, a través de una construcción de conocimiento y una praxis socio-sanitaria diferenciada en función del cuerpo que seamos/nos perciban. Es así que se normalizan o patologizan a las adaptaciones o rupturas con mandatos de género, de la misma manera que se naturaliza o invisibiliza el impacto de los roles de género en los procesos de salud-malestar de la ciudadanía, aquellas tareas y actividades atribuidas diferencialmente a varones y mujeres que suponen diferentes factores de riesgo y protección de la salud.

1.2.- PERSPECTIVA BIOÉTICA FEMINISTA^[6]

Si bien, la bioética es una disciplina que puede definirse como el estudio o reflexión sistemática y crítica sobre los problemas morales que se plantean en el campo de la medicina -tales como las prácticas médicas, la relación médico/a-paciente, los comités de ética, el uso de nuevas tecnologías médicas, la continuidad o no de tratamientos- y de las ciencias biológicas. Aquellos que incluyan dilemas éticos en las investigaciones biocientíficas, la administración de recursos del medio ambiente y los derechos de las futuras generaciones. En este Manual, hemos preferido el uso de una perspectiva bioética feminista para dar cuenta de los sesgos de género que afectan a las mujeres en el sistema socio-sanitario.

Fueron varios los acontecimientos que dieron lugar al surgimiento de la bioética. Entre ellos podemos distinguir, las transformaciones en

el modelo de asistencia sanitaria tanto a nivel macro como micro, el acelerado avance científico tecnológico y su aporte a la asistencia médica, que permitieron a la medicina influir en los procesos de la vida y de la muerte como nunca antes. También, el reconocimiento del derecho de las/os pacientes a conocer y decidir sobre los actos médicos a las/os que pueden ser sometidas/os y los cambios en el sistema de salud. A ello se suman las transformaciones legales y sociales, los cambios conceptuales en el modelo de salud y la emergencia de nuevas normativas que regularon la práctica médica y la actividad científica.

Stanley Joel Reiser, señala que la raíz de los cuestionamientos éticos en el ámbito de la medicina clínica en los Estados Unidos estuvo relacionada con los conflictos que encontraban las/os profesionales de la salud para tomar decisiones sobre ciertos temas, como los usos de las nuevas tecnologías: en los años '20 se constituyeron equipos médicos para examinar las decisiones de las mujeres en torno a las esterilizaciones; en los años '50 las controversias se enfocaron en el respirador artificial; luego le siguieron, los cuestionamientos éticos en la distribución de recursos en el sistema de salud; y en la década del '60 la polémica se centró en el aborto, en el marco del movimiento por los derechos de las mujeres que tuvo su punto culminante con la resolución del famoso fallo de la Corte Suprema de ese país, *Roe vs. Wade* en 1973 que estableció la legalidad del aborto. (Luna, F. y Salles, A.; 1996).

Pero principalmente, fueron las demandas de las mujeres al sistema socio-sanitario junto a sus experiencias en el ámbito hospitalario las que motivaron la necesidad de conformar equipos de expertas/os para

6.- Por Rosana Paula Rodríguez.



Violencia contra las mujeres

dirimir los dilemas éticos desatados. Recién en los años '70, surge el término bioética, su doble origen puede rastrearse, por una parte, en 1970, cuando en la Universidad de Wisconsin, Van Rensselaer Potter utiliza el término para designar una “nueva ciencia de la supervivencia”, que articularía con las humanidades, el conocimiento biológico y los sistemas de valores humanos, poniendo de manifiesto el significado de la filosofía en el saber técnico y científico propio de la medicina. Por otra parte, un año después (1971) André Hellegers, crea en la Universidad de Georgetown el primer centro de investigación y bioética con el título de Joseph and Rose Kennedy Center for the Study of Human Reproduction and Bioethics que luego será conocido como Kennedy Institute of Ethic.

Los problemas éticos alcanzarán notoriedad pública a partir de la difusión de tres casos en la sociedad norteamericana. El primero fue el de Karen Ann Quinlan (1976), una joven en coma profundo, cuyos padres solicitaron permiso para retirarla del respirador artificial. El segundo caso conocido como Baby Doe (1982), corresponde a un bebé nacido con Síndrome de Down y atresia esofágica. Sus padres se negaron a autorizar la operación que le permitiría alimentarse y vivir. El tercer caso fue el de la beba Jane Doe (1983), nacida con graves problemas neurológicos: espina bífida, hidrocefalia y microcefalia. En esta situación, sus progenitores se negaron a que se realice una operación que evitaría las infecciones, aunque no las malformaciones. En todos los casos, los dictámenes de la Suprema Corte recomendó la consulta con un Comité de ética (Levine, Carol, 1995: 97-106). Estos casos ponen luz sobre las **tres áreas en donde se plantea con mayor frecuencia los conflictos bioéticos**. Una de las áreas

Quien calla otorga

1

críticas es la que trata con **pacientes terminales** y debe considerar qué decisión tomar, fundándose ésta en el grado de agresión del tratamiento, los deseos de la o el paciente y sus familiares. Otra área problemática es **neonatología y pediatría**, en donde también deben evaluarse casos que muchas veces exceden el marco médico; y una tercera área, que si bien no está definida por la literatura específica como parte de la génesis paradigmática de los comités de bioética, constituye un factor determinante en el surgimiento de los mismo y en la consolidación de la disciplina, nos referimos a los dilemas suscitados por las **prácticas sexuales, reproductivas y no reproductivas de las mujeres**.

Aún así, la bioética en tanto disciplina ha sido pensada tradicionalmente en masculino, se ha presentado como representante de un universo moral restringido y parcial, y ha tenido dificultades para alcanzar y reflejar la diversidad de conciencias y de sensibilidades. Este carácter androcéntrico de la disciplina obstaculiza la comprensión de los problemas que suscitan asuntos como los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos.



Por ello **proponemos una perspectiva bioética feminista**, que contempla las cuestiones de género, y pone en evidencia las relaciones de poder y de subordinación de las mujeres, los sesgos de género en los



estudios y en la prácticas médicas, la necesidad de una mirada específica y de género a los malestares que aquejan a las mujeres, y cuestiona la persistencia de criterios paternalistas y patriarcales que a menudo subyacen a los postulados de neutralidad y universalidad científica

Es una propuesta que refiere al conocimiento científico fundado empíricamente, libre de sesgos androcéntricos, que nacen de un modelo de salud construido en base a un prototipo masculino, a un cuerpo único, el de varones..

Estos sesgos se expresan de múltiples formas:

- * invisibilizando los diferentes factores de riesgo y protección para varones y mujeres,
- * obviando la impronta en la salud de las condiciones de vida y trabajo femeninas atravesadas por dobles, triples jornadas y la división sexual del trabajo,
- * invisibilizando situaciones de violencia de género, por nombrar sólo algunos.

Todo ello, ejerce una gran influencia en las diferentes formas de enfermar y sanar que presentan mujeres y varones. Estos sesgos, son precisamente los que permiten hablar de una morbilidad prevalente y una específica en las mujeres. Es necesario tener en cuenta los determinantes biomédicos y su interacción con los condicionantes psico-sociales, todo ello en referencia al concepto integral de salud propuesto por la OMS.

El punto de partida de género en la bioética difiere de las teorías tradicionales, porque considera las experiencias de las mujeres y postula que el género a menudo, si no invariablemente, constituye una diferencia entre individuos relevante. En vez de ampararse en una teoría unificada que abarca toda la diversidad de experiencias morales en un modelo científico reduccionista, proponen cambiar la lógica de la prueba moral asumiendo que *hasta que las cosas se vean de otra forma, los varones y mujeres actuales raramente están situados de forma semejante* (Jaggar, A. 1989:167-184;).



Una mirada de género en bioética, debe reconocer a las mujeres como agentes morales válidas respecto de las decisiones sobre su bienestar e incluir una perspectiva crítica respecto del lugar que se le ha asignado al cuidado y las repercusiones en su salud.

Esta perspectiva bioética feminista tiene como objetivo develar los valores convencionales o las teorías tradicionales que perpetúan el dominio masculino que se apoyan en prejuicios y tabúes culturales. En lugar del agente aislado, independiente y racional de las teorías morales tradicionales, se apela a una noción más realista y política de agentes sociales complejos y que se define dentro del contexto de las relaciones con otras/os. **Son las relaciones, organizaciones, instituciones sociales**



las que influyen de modo diferente en el proceso de moralización de las/os sujetas/os en el cual se reconoce las desigualdades de género y social. Asimismo esta perspectiva bioética permite advertir sobre los sesgos de género en las prácticas médicas, en los usos de las nuevas tecnologías y sus implicaciones en las intervenciones socio-sanitarias sobre los cuerpos humanos, en especial sobre los cuerpos de las mujeres.

1.3.- ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS^[7]

Entendemos que resulta central situar el acceso a la salud y las condiciones en que se produce como una cuestión de derechos humanos. Hacemos referencia entonces a un conjunto de derechos fundamentales, que se aplican a todos los seres humanos sin que la edad, género, clase social, procedencia étnica, nacionalidad, orientación sexual, identidad de género den lugar a desigualdades en tales reconocimientos. Reconocen en cada persona una dignidad que se concreta en los contenidos de los tratados internacionales de derechos humanos.

Estos derechos se caracterizan por ser:

- * **Universales:** se aplican a todos los seres humanos, nadie puede estar excluido/a del disfrute de sus derechos. Podemos pensar si esto se verifica en todos los casos en que las personas acceden a los servicios

de salud. ¿Ofrecemos un trato igualitario independientemente de la edad y la procedencia étnica? ¿Garantizamos el acceso a información libre de sesgos de género y prejuicios a niños, niñas y adolescentes en materia de anticoncepción? Es a estos interrogantes y obstáculos que dan respuesta estas características de los derechos humanos.

* **Irreversibles y progresivos:** El reconocimiento de nuevos derechos no puede reducir ni excluir la vigencia de derechos humanos antes consagrados. El principio de progresividad garantiza que los marcos de autonomía, libertad, posibilidades de las personas se amplíen ante cada incorporación legislativa o política implementada. Ello da cuenta de qué manera los estados provinciales, al no protocolizar los casos de aborto no punible, tal como señaló la Corte Suprema de Justicia de la Nación^[8], vulneran los derechos humanos de las mujeres, al restringir con tales medidas, la vigencia de abortos legales desde 1921.

* **Indivisibles, interdependientes, complementarios y no jerarquizables:** Los Derechos Humanos están relacionados entre sí, por lo que no es posible fragmentarlos o pensar que unos

8.- "A. F. s/medida autosatisfactiva", la Corte Suprema, en marzo del año 2012 por unanimidad y por el voto conjunto del Presidente Lorenzetti, de la Vicepresidenta Highton de Nolasco y de los jueces Fayt, Maqueda y Zaffaroni, y por los votos individuales de los jueces Petracchi y Argibay, confirmó la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Chubut que, en marzo de 2010, autorizara la realización de la práctica de aborto respecto de la joven A.G, de 15 años de edad, quien quedara embarazada como consecuencia de haber sido violada por su padrastro. De esta manera, rechazó el recurso extraordinario que, en representación del nasciturus, interpusiera el Asesor General Subrogante de la Provincia de Chubut.



son más importantes que otros. La negación de algún derecho en particular significa poner en peligro el conjunto de la dignidad de la persona, todos deben ser respetados y garantizados por el estado a través de todas y todos sus funcionarios y representantes.

* **No negociables:** son bienes pertenecientes, de manera absoluta, a cada ser humano, por ello ninguna autoridad puede negociarlos.

* **Inviolables:** Nadie puede atentar, lesionar o destruir los Derechos Humanos. Esto quiere decir que las personas y los gobiernos deben regirse por el respeto a los Derechos Humanos; las leyes dictadas no pueden ser contrarias a éstos y las políticas económicas y sociales que se implementan tampoco.



¡NOS TIENEN QUE
GARANTIZAR
NUESTROS
DERECHOS!

Muchos de estos derechos están incorporados en el art. 75 inc. 22 de nuestra Constitución Nacional^[9], en la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer o Convención de Belem do Parà, en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, en la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (Cuarta

9.- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, Declaración Universal de Derechos Humanos, Convención Americana sobre Derechos Humanos "Pacto San José de Costa Rica", Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo, Convención Sobre la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio, Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer y su protocolo facultativo, Convención Contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, Convención Sobre los Derechos del Niño, Convención Interamericana sobre Desaparición Forzada de Personas (jerarquizada en 1997), Convención sobre la Imprescriptibilidad de los Crímenes de Guerra y de los Crímenes de Lesa Humanidad.

Conferencia Mundial sobre la Mujer) entre muchas más que acompañamos en el apartado de recursos. A nivel nacional contamos con la ley 26.485 de protección integral contra la violencia, la ley 25.673 de salud sexual y procreación responsable, la ley 26.150 de educación sexual integral, la ley 25.929 por un parto respetado, entre otras.

El conocimiento del derecho en general y de los derechos humanos en particular cualifica la práctica

profesional al delimitar responsabilidades y evitar intervenciones puramente defensivas o peor aún vulneradoras de derechos.

Éstas últimas son especialmente

reiteradas en materia de derechos sexuales y reproductivos. Resulta entonces fundamental clarificar cuáles son los derechos humanos y por qué es necesario hablar de derechos humanos de las mujeres.

Tal como señala Soledad García Muñoz^[10] (2004:72), la discriminación hacia las mujeres... *ha sido parte de la historia de la humanidad y utilizar la perspectiva de género, permite entender por qué la doctrina de los derechos humanos -en constante evolución y desarrollo- ha contemplado ampliaciones conceptuales y reconocimientos explícitos de los derechos de las mujeres. Es por ello que la declaración y el plan de acción de la*

10.- Soledad García Muñoz, abogada especializada en Derechos Humanos es profesora de la Universidad Nacional de La Plata y coordinadora de la Oficina Suramérica del Instituto Interamericano de Derechos Humanos.



Violencia contra las mujeres

Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos (Viena, 1993), señala expresamente que “los derechos humanos de la mujer y la niña, son parte inalienable e indivisible de los derechos humanos universales”; que la plena participación de las mujeres en condiciones de igualdad (en la vida política, económica, social y cultural) y la erradicación de todas las formas de discriminación basadas en el sexo, son objetivos prioritarios de la comunidad internacional...”

¿Qué relación hay entre los derechos humanos y la intervención socio-sanitaria en el sistema público de salud?

Las obligaciones del Estado -y por ello de quienes actúan como representantes del mismo, en tanto funcionarias/os públicas- contemplan unos mínimos generales en cualquier tarea que desarrollen como tales.

1) Respetar los derechos humanos: se traduce en garantizar los ámbitos de libertad y autonomía de los y las ciudadanas que acceden a los servicios de salud. Así por ejemplo, el estado no puede intervenir con políticas compulsivas natalistas o no natalistas porque atentaría contra la autonomía de las mujeres^[11]. Respetar el

11.- Sin embargo, a lo largo del dictado de los ciclos formativos en buenas prácticas para intervención socio-sanitaria que, como ya apuntamos, hemos desarrollado en centros de salud y hospitales de Mendoza con carácter previo a la elaboración de este material; hemos tomado conocimiento de centros públicos en los cuales no se entregan anticonceptivos por decisión unilateral de algunos/as profesionales -funcionarios/as públicos-, que intentan imponer una moral particular como política pública. Estas vulneraciones de derechos traducen medidas natalistas compulsivas que limitan las

Quien calla otorga

1

derecho a la identidad de género de las personas, a su orientación sexual libre de discriminaciones, a no someterse a determinados tratamientos médicos (enfermedades terminales, crónicas), entre otras prácticas profesionales.

2) Promover los derechos humanos: informar, hacer conocer a las personas que acceden a los servicios de salud cuáles son sus derechos, cómo hacerlos respetar, dónde exigir sanciones ante los incumplimientos o vulneraciones que sufran. Señalamos dentro de esta obligación profesional, por ejemplo, la de garantizar el acceso a la información a todas las personas desde los catorce (14) años, de manera autónoma en materia de salud sexual y/o reproductiva, sin reclamar que asistan acompañadas de mayores; de garantizar que la información que se brinde esté libre de sesgos de género y religiosos. Encuadra también en el deber de promover los derechos humanos, la elaboración de protocolos que faciliten el acceso a ligadura tubaria, a aborto no punible, protocolos de atención en casos de violencia sexual, de atención libre de sesgos discriminatorios a personas trans, a lesbianas, entre otras medidas pendientes aún en nuestra provincia.

3) Proteger: ante las vulneraciones, impulsando medidas de reparación, no repetición y sanción, por ejemplo, activando denuncias en casos de discriminación, de violencia institucional,

posibilidades de decisión autónoma de las mujeres sobre su cuerpo y vida.



de violencia obstétrica, de sospechas de malos tratos a personas en situación de encierro por problemas de salud mental, etc.

4) Garantizar: requiere de políticas activas que impulsen las transformaciones necesarias para la remoción de los roles y estereotipos de género que subyacen a la discriminación y violencia contra las mujeres, por ejemplo la implementación de la ley de educación sexual integral.

Proponemos pensar particularmente estas obligaciones en los servicios de salud en los que trabajamos. La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing^[12], en 1995, fue el punto crítico fundamental para difundir a nivel mundial los derechos humanos de las mujeres. La plataforma aprobada en Beijing declara que:

“...los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho a ejercer el control y decidir libre y responsablemente sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, libres de coerción, discriminación y violencia...”

La concepción de la salud sexual incluye el bienestar, la satisfacción y el placer, dejando de lado la concepción de la sexualidad ligada a la represión, el miedo y lo moralmente bueno o malo.

A partir de Beijing, existe un consenso entre la comunidad internacional de abordar los derechos reproductivos y sexuales como

derechos humanos, son, por tanto exigibles, universales, inalienables e inherentes a todas las personas, constituyéndose como una de las bases primordiales para las políticas sanitarias, sociales y de desarrollo de cualquier país.

Algo de historia: derechos humanos de las mujeres

Si bien desde 1776 -Declaración de los Derechos de Virginia (EE. UU.)- y 1789 -Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano (Francia), contamos con cartas de reconocimiento de derechos humanos, fruto de las revoluciones del S. XVIII, es importante destacar que en ninguno de estos documentos se consideró a las mujeres^[13]. En los primeros años del siglo XX se verifican esfuerzos desde el derecho internacional para legislar sobre aspectos importantes de la vida de las mujeres, básicamente derechos civiles y políticos, como respuesta a las demandas históricas de los movimientos feministas y de mujeres, el sufragista entre muchos otros.

En 1979 la Asamblea de Naciones Unidas aprueba la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, punto de partida para hablar de derechos humanos específicos. El espíritu de este documento es poner en cuestión el concepto androcéntrico de derechos humanos tomando como norma la discriminación basada en el género. Esto significó reconocer que *las mujeres siguen siendo objeto de importantes discriminaciones* y que estas discriminaciones violan los

12.- La misma es parte del ámbito de protección de derechos humanos, llamado universal, producto del sistema de Naciones Unidas

13.- Importante excepción a esto supone la "Déclaration des Droits de la Femme et de la Citoyenne", escrita en 1791 en Francia por Olympe des Gouges, precisamente como contestación a la invisibilización de la mujer en la carta de 1789.



Violencia contra las mujeres

principios de la igualdad de derechos y del respeto de la dignidad humana (...), dificulta la participación de la mujer, en las mismas condiciones que el hombre, en la vida política, económica, social y cultural.

Será recién en la II Conferencia Mundial de Derechos Humanos, realizada por la ONU en 1993 en Viena, cuando se reconocerán los derechos de las mujeres como derechos humanos; luego vendrán la IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) que reconocieron los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995). Otro importante avance producto de las luchas de los movimientos de mujeres y feministas ha sido la tipificación de la violencia contra las mujeres como una violación de derechos humanos, a partir de la Declaración y el Plan de Acción de la II Conferencia Mundial de Derechos Humanos (1993).

RECURSOS

❖ ❖ ❖ Legislativos y jurisprudenciales ❖ ❖ ❖

- * Ley Nacional 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>
- * Ley Nacional 26.150 Programa nacional de educación sexual

Quien calla otorga

1

integral <http://portal.educacion.gov.ar/files/2009/12/ley26150.pdf>

- * Ley Nacional 25.673 Programa nacional de salud sexual y procreación responsable
- * Ley Nacional 25.929 Derechos de las madres, padres y personas recién nacidas, parto respetado <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>
- * Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer “Convención de Belem do Pará” <http://oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
- * Legislación internacional de derechos humanos de las mujeres. http://www.equidad.scjn.gob.mx/PDF-derechos_mujeres/TOMO-1.pdf
- * Fallo de la Corte Suprema de Justicia sobre aborto no punible (2012) <http://www.cij.gov.ar/nota-8754-La-Corte-Suprema-preciso-el-alcance-del-aborto-no-punible-y-dijo-que-estos-casos-no-deben-ser-judicializados.html>
- * Constitución Argentina <http://www.senado.gov.ar/web/interes/constitucion/cuerpo1.php>

❖ ❖ ❖ Recursos audiovisuales ❖ ❖ ❖

- * ¿Cuál es la diferencia?. Realizado por UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas de Uruguay. Este video muestra cómo no tener en cuenta un enfoque de género lleva a diagnósticos de salud erróneos, lo que afecta en forma directa a la salud de



las personas. El cortometraje narra en forma muy accesible las vulneraciones en el sector salud hacia las personas de sexualidades e identidades de género y sexuales disidentes.

<http://www.youtube.com/watch?v=doyf6m79Zls>

<http://www.unfpa.org.uy/index.php>

* *Por cuatro esquinitas de nada.* Cuento de Jérôme Ruillier, adaptado a la animación por Mayte Calavia; nos acerca los procesos de discriminación de otros/as basados en una “diferencia” superable. Nuestro protagonista, Cuadradito, y sus amigos, los redonditos juegan juntos, hasta que llega la hora de entrar en la casa grande y Cuadradito, no puede entrar como sus amigos, porque la puerta es redonda. Entre todos buscan una solución.

http://www.youtube.com/watch?v=DBjka_zQBdQ

2

CATEGORÍAS ANALÍTICAS Y HERRAMIENTAS CONCEPTUALES



ROSANA RODRÍGUEZ
PATRICIA GONZALEZ
ALEYDA YANES



2.1.- SISTEMA SEXO-GÉNERO^[14]

El concepto de género fue introducido por primera vez en el mundo académico por la sexología de mano del psicólogo y médico John Money en 1954. El feminismo toma este concepto en los años 70' para producir una crítica a la naturalización de las desigualdades entre varones y mujeres vinculadas a la diferencia sexual; poniendo en cuestión la rígida asignación de roles sociales y sus consecuencias sobre las posibilidades de desarrollo en los y las sujetas. Es decir, con la introducción de la categoría género en el análisis de las relaciones de poder entre los sexos, se pone de manifiesto cómo la biología ha sido utilizada para justificar la desigualdad.

Los *estudios de género* surgen en un momento de gran debate en las ciencias sociales, cuando, en los inicios de los 80' se produce un cuestionamiento radical a las corrientes positivistas que afirman la transparencia del dato. En este sentido, el término género surge para transformar los paradigmas disciplinares. Los *estudios de las mujeres* y los *estudios de género* no sólo agregaron nuevos sujetos: las mujeres y la forma en que interseccionan en ellas y en otros, categorías como la clase social, la procedencia étnica, la edad, la sexualidad, la identidad de género... visibilizando ese conjunto de otredades que dan cuenta de una población plural y compleja; sino que además impulsaron un re-examen crítico de las premisas y estándares del trabajo intelectual existente. Es por ello, que la categoría analítica "género" -alineada con corrientes post-

estructuralistas, humanistas, desconstruccionistas- implica una crítica a los postulados fundamentales de la ciencia hegemónica: causalidad universal, objetividad y neutralidad (Rodríguez, Rosana, 2004).

La primera en hacer referencia al *sistema sexo/género* fue Gayle Rubin en su artículo: *Tráfico de mujeres: Notas para una economía política del sexo* (1975), en el que analiza los mecanismos sociales y políticos por los que las mujeres han sido históricamente relegadas a una posición secundaria dentro del conjunto humano.

Cada una de las categorías (varón/mujer) que componen el sistema descrito, establece una dicotomía cuyos polos son excluyentes, pero además se establece una jerarquía antagónica entre éstos. La noción de *sistema* hace referencia a la relación vincular entre el sexo^[15] y el género remarcando las diferencias entre ambos conceptos:

SEXO: Hace referencia a características biofísicas como cromosomas, genitales externos, gónadas, estados hormonales, etc. Es decir, el aparato reproductor y los caracteres sexuales secundarios suponen la **diferencia sexual**, la diferencia inscrita en los cuerpos en función de lo estandarizado como cuerpos machos y cuerpos hembras por la ciencia médica.

15.- La estandarización de dos sexos tiene registro histórico. Es en el siglo XIX que la ciencia médica establece la existencia de dos sexos: masculinos y femeninos. Esta diferencia sexual sirve en un momento de cambio de estructura social, para explicar los lugares sociales que cada grupo ha de ocupar: ámbito privado en el caso de las mujeres y ámbito público en el caso de los varones (Thomas Laqueur, "La construcción del sexo. cuerpo y género desde los griegos hasta Freud", 1990). Los estudios sobre intersexualidad han puesto certeramente en cuestión tal estándar, para más información puede consultarse entre mucha bibliografía: http://www.flacsoandes.org/web/imagesFTP/1246657539_Pensar_la_intersexualidad.pdf)

14.- Por Rosana Paula Rodríguez, Patricia Gonzalez Prado y Aleyda Yanes Bethencourt.

A cartoon illustration of a nurse with a red cross on their cap, shouting into a large megaphone. The nurse has a determined expression. The megaphone is white with black stripes. A blue arrow points from the right towards the megaphone's opening.

Se desconoce así, tal y como apunta, por ejemplo, la guía de salud

31



sexual para mujeres,^[17] que la sexualidad, es hacia dónde se dirige el deseo de satisfacción erótica (física y mental) y de vinculación afectiva. Además, la sexualidad y dirección del deseo es dinámica, es decir, puede variar a lo largo de la vida. Corresponde a una decisión de cada persona, elegir el tipo de práctica sexual que desea tener y mostrarse tal y como se siente, pues no hay opciones sexuales correctas o incorrectas, todas son igualmente válidas.

2.2.- ROLES Y ESTEREOTIPOS DE GÉNERO^[18]

Los primeros refieren a aquellos comportamientos deseables socialmente que se establecen de forma diferencial según el sexo asignado. Así mujeres y varones están limitados en sus comportamientos, deseos, opciones debido a estereotipos culturales, que en muchos casos restringen la capacidad de alcanzar determinadas metas o proyectos, poniendo en juego los derechos humanos.

Los roles de género se forman con el conjunto de normas y prescripciones que dictan las distintas sociedades y culturas sobre los comportamientos femeninos y masculinos esperables en un contexto dado. Éstos serán regulados por diversas instituciones como la familia, la escuela,

la iglesia, las leyes, las políticas públicas, el sistema sanitario, etc. Es decir, los roles de género emanan de factores culturales, políticos, económicos, sociales y religiosos. Es justamente en este sentido que adquiere una especial importancia el análisis social desde esta perspectiva, ya que pone el acento en que estos comportamientos se aprenden y por tanto, pueden transformarse.

Por ejemplo, si bien es cierto que los cuerpos de las mujeres tienen órganos que les permiten engendrar otro ser humano, no hay ningún otro órgano en estos cuerpos que explique una mayor habilidad para la crianza, las tareas de cuidado y domésticas. Sin embargo las mujeres siguen siendo las principales cuidadoras del grupo familiar; encargándose no sólo de la crianza de hijos e hijas sino también de las tareas de cuidado de las personas mayores, aquellas con discapacidades, las que tienen problemas de salud, etc. Es por ello que hablamos de *constructo social*, porque son comportamientos cuyo aprendizaje se ve fomentado a partir de la *socialización diferencial* ya descrita.

Desde las diferentes instituciones con las que tenemos contacto a lo largo de nuestra vida ya descritas anteriormente, se envían mensajes diferenciados para cada sexo/género. Un ejemplo lo encontramos en la formación que recibimos desde la escuela primaria hasta la universitaria, siendo difícil encontrar referencias femeninas entre las productoras de conocimiento, ciencias, artes, activistas políticas, o sostenedoras de la vida y la sociedad.

El género, además de ser una forma de organización social, erige una jerarquía entre sus polos, estableciendo relaciones desiguales de

17.- Escrita por Laia Serra Duart y editada por la federación andaluza Colegas. Puede descargarse libremente de http://www.familiasporladiversidad.es/COLEGA/Guia_salud_sexual_mujeres.pdf

18.- Este apartado ha tomado como texto base: Rodríguez, Rosana Paula (2004), "Medicalización del cuerpo femenino. Debates Éticos y Políticos. El caso de la Ligadura de Trompas en la provincia de Mendoza", Mendoza: Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNCuyo (Mimeo).



Violencia contra las mujeres

poder. Pues a partir de la repartición de roles habrá unos que tengan más reconocimiento social que otras, o más facilidad en el disfrute de determinados privilegios. Es decir, esta organización limita o facilita el acceso a los recursos materiales y simbólicos.

Los *estereotipos* constituyen un proceso cognitivo que es usado cuando se trata de comprender una realidad compleja, reduciéndola a algo simple, lineal, generalizable y por ello mismo se invisibiliza o estigmatiza una buena parte de esa realidad compleja que se analiza. Este proceso crea una distorsión en tanto selecciona una parte de la información para emitir juicios u opiniones sobre otros grupos.

Los estereotipos no son fijos, dado que son expresiones de valores y creencias culturales, por lo que cambiarán con las transformaciones históricas, políticas, económicas. Por lo explicado se entiende que a través de los estereotipos se sustentan *relaciones de poder* que obstaculizan el desarrollo de las potencialidades individuales. Así, los estereotipos de género producen y reproducen situaciones de discriminación y subordinación de las mujeres, en los distintos ámbitos de la vida privada y pública. Por ejemplo, la sociedad considera que hay oficios y profesiones que están destinados a las mujeres como secretarias, docentes, enfermeras, empleadas de servicios domésticos, etc. Mientras que los varones pueden desempeñarse como albañiles, electricistas, plomeros, pintores, etc. Estas generalizaciones anclan en estereotipos que afirman que la racionalidad sería una característica masculina, contraponiéndola de manera excluyente con la sensibilidad como característica femenina; que las mujeres “saben naturalmente cuidar”, mientras que los varones serían “naturalmente

Quien calla otorga

2

descuidados”, que las mujeres serían más pacientes y pasivas frente a la actividad masculina (Rodríguez, Rosana, 2004).

Podemos ver entonces que los estereotipos de género, surgen de la confusión entre la biología y las designaciones sociales, clasificando a varones y mujeres de acuerdo a premisas rígidas y promoviendo la creencia de que las desigualdades que se han construido socialmente en términos de poder, autonomía, libertades y posibilidades; tienen origen biológico y por tanto, son inmutables.

En la medida en que transmiten una versión distorsionada de la realidad exagerando las diferencias entre los grupos, se asemejan al prejuicio





y constituyen fenómenos de consecuencias negativas. Aunque vivimos en una época de transición y existen opciones para construir estilos de vida alternativos, todavía persisten fuertemente en nuestra cultura concepciones estereotipadas acerca de la feminidad y de la masculinidad.

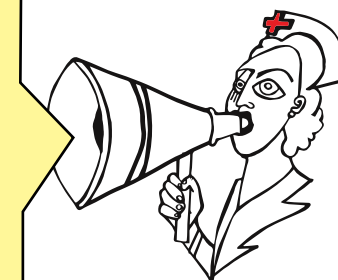
Algunos estereotipos dominantes masculinos y femeninos serían:

- * Los varones serían (todos los varones, de todas las edades, en todos los momentos históricos, en todos los lugares del mundo)... fuertes (física y psíquicamente), valientes, objetivos, independientes, fríos, racionales, duros, descontrolados sexualmente, proveedores familiares...
- * Las mujeres serían (todas las mujeres, de todas las edades, en todos los momentos históricos, en todos los lugares del mundo) débiles (física y psíquicamente), temerosas, subjetivas, descontroladas emocionalmente, pasivas, con dificultad para la toma de decisiones, tiernas, maternas, retraídas sexualmente, símbolo de belleza...

La lista es larga y va desde estereotipos más evidentes a más sutiles, lo que estamos llamadas/os a hacer, como parte de un proceso de cualificación

profesional, personal y político, es a reflexionar críticamente sobre los mecanismos, los modos en que producimos y reproducimos estereotipos en nuestras prácticas socio-sanitarias. Ello para poder transformar esas prácticas, porque generan desigualdad en el acceso a la salud y devienen en violencia institucional.

El modo dicotómico de pensar la identidad sexual o genérica es cultural. La identidad sexual está atravesada por las expectativas sociales sobre el comportamiento admitido y deseable para cada sexo, por el modo en que cada cultura reconoce en el otro o la otra los signos de lo masculino y lo femenino (por ejemplo la vestimenta, el pelo, la actitud corporal, cierto tipo de adornos, los objetos amorosos y conductas permitidas para cada uno/a, etc.). Si bien la identidad individual depende de aspectos subjetivos, hay una estructura social que refuerza determinadas relaciones sociales. Y por supuesto, se parte del imperativo cultural en su alineamiento con la anatomía, con la genitalidad (Lamas, Marta, 1986).



Esta división/diferenciación/desigualdad construida por nuestras organizaciones sociales entre las personas influye directamente en la



Violencia contra las mujeres

salud de las mismas.

Por un lado, con respecto a la *construcción del conocimiento científico en general y médico en particular* hay sesgos de género vigentes; un ejemplo de ello es que las mujeres no se incorporan a las muestras de ensayos clínicos hasta los 90'; bajo pretexto de que los ciclos hormonales femeninos harían variar los resultados. Sin embargo, una vez comprobados en población masculina, se aplicaba a la femenina sin ningún reparo esta vez. Actualmente, sigue sin ser sistemática la incorporación de mujeres en éstos, Carme Valls Llobet (2009: 161) habla de un escaso 14% de los estudios que en 2002 incorporan a las mujeres en sus ensayos.

Por otro lado, tanto la adopción como la ruptura de los mandatos de género tiene un impacto directo en la salud de la población, por ejemplo la doble y triple jornada de las mujeres^[19] tiene relación directa con las morbilidades diferenciales en enfermedades musco-esqueléticas o ansiógenas. Así mismo, aquellas mujeres que deciden romper con el silencio impuesto a la violencia son con frecuencia diagnosticadas

19.- La doble o triple jornada laboral de las mujeres es un concepto que pretende poner en primer plano el trabajo doméstico y tareas de cuidado y crianza como jornadas laborales; que si bien no son remuneradas implican una dedicación temporal y atencional como el trabajo formal. Una mujer que trabaje fuera del hogar, no concluye su jornada laboral al cumplir con el horario designado, pues en casa seguirán las responsabilidades y tiempos dedicados a la atención de otros/as.



Quien calla otorga

2

psiquiátricamente y medicalizadas por ello. Un tercer ejemplo podría ser la insistencia de psicólogos/as o psiquiatras en patologizar las sexualidades disidentes o identidades de género alternativas a la hegemónicas como las identidades trans.

Dar cuenta de que estas diferencias entre los humanos finalmente refieren a una construcción social, que por tanto es modificable, abre puertas para la transformación social y habilita un espacio para la mejora en la atención en salud.



2.3- INTERSECCIONALIDAD^[20]

...Tiene tantas raíces el árbol de la rabia que a veces las ramas se quiebran antes de dar frutos. Sentadas en Nedicks, las mujeres se reúnen antes de marchar hablando de las problemáticas de muchachas que contratan para quedar libres. Un empleado casi blanco posterga a un hermano que espera para atenderlas primero y las damas no advierten ni rechazan los placeres más sutiles de su esclavitud. Pero yo que estoy limitada por mi espejo, además de por mi cama veo causas en el color además de en el sexo y me siento aquí preguntándome cuál de mis yo sobrevivirá a todas estas liberaciones...

Audre Lorde^[21]

Quién dijo que era simple, en "La hermana, la extranjera" (1984)

20.- Por Patricia Gonzalez Prado y Rosana Paula Rodríguez.

21.- Esta poeta feminista, negra, lesbiana explora en su obra publicada por primera vez en 1984 las vivencias entrecruzadas del sexismo y el racismo, lo erótico como poder, la poesía como necesidad y nunca como un lujo y las relaciones amorosas entre mujeres.



Se trata de un concepto que proviene de la sociología, que propone y examina de qué formas diferentes discriminaciones -construidas social y culturalmente- se entrecruzan en múltiples y, con frecuencia, simultáneos niveles, contribuyendo con ello a una sistemática desigualdad social. La Interseccionalidad alumbra allí donde la información sobre las sujetas/os sociales resulta insuficiente, el sexo/género, la procedencia étnica, la clase social, la edad, la sexualidad, la religión, cultura, educación, etc. La teoría de la interseccionalidad sugiere que las formas y expresiones discretas de opresión tienen una constitución mutua, pues se forman unas a las otras. Pero no sólo se trata de una categoría de análisis, sino que se trata de una perspectiva política (Rodríguez, Rosana, 2011). El origen de este paradigma se puede rastrear en los trabajos de lo que se ha denominado “Pensamiento Negro Feminista” desde el trabajo pionero de la Combahee River Collective, pasando por los estudios de Ángela Davis, Bell Hooks, Kimberlé Williams Crenshaw, quienes usarán el concepto de interseccionalidad en la publicación “Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color”, donde la autora señala la violencia producida contra las mujeres de color en los Estados Unidos, o el trabajo de Patricia Hill Collins, “Intersecting Oppressions”. [22] Un ejemplo de cómo se recoge legislativamente la interseccionalidad, lo encontramos en el decreto reglamentario 1011/2010 de la Ley Nacional 26.485, de Protección Integral a las Mujeres [23] (art. 7):

22.- Versión digital: http://www.uk.sagepub.com/upm-data/13299_Chapter_16_Web_Byte_Patricia_Hill_Collins.pdf

23.- Su incorporación en la intervención socio-sanitaria es mandato constitucional a partir de la incorporación en el año 1994 al art. 75 inc 22 de los siguientes tratados internacionales: el Pacto

(...) Todas las intervenciones que se realicen en el marco de la presente reglamentación deben garantizar un amplio acceso a la justicia y a los diversos programas y acciones de garantías de derechos contemplados por la ley que se reglamenta. La asistencia a las mujeres en situación de violencia será articulada con todos los organismos intervinientes y evitará su revictimización. Se prestará especial atención a las particularidades o características diferenciales que agraven el estado de vulnerabilidad de las mujeres víctimas, tales como la edad, la condición socioeconómica, el origen étnico, racial o religioso.

Así las formas en que intersecciona el género con otras categorías analíticas como la clase social, la procedencia étnica, la edad, la sexualidad, la identidad de género, entre otras, dan cuenta de las múltiples discriminaciones, opresiones y desigualdades que atraviesan los cuerpos de quienes acceden a los servicios de salud.

La filósofa feminista Diana Maffía, da cuenta de cómo esas diferencias materiales atentan contra la igualdad política, sobre todo –aunque no exclusivamente- las diferencias materiales inscritas en los cuerpos.

Para tomar conciencia de ello basta preguntarnos por ejemplo si es igual transitar la calle –especialmente por la noche- con un cuerpo de mujer que de varón, si creemos que recibe el mismo trato al acceder a la salud en la mayoría de los efectores de nuestra provincia, una mujer lesbiana de procedencia peruana o boliviana –que además es una inmigración muy presente en nuestra provincia-, que un varón heterosexual español –pensando también en otra inmigración extendida históricamente en

Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo; la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Ello es ratificado por el Decreto 1011/2010 reglamentario de la ley nacional de violencia 26.485, en su artículo 7º.



Violencia contra las mujeres

Mendoza-. De la misma forma podemos preguntarnos si recibe el mismo trato sanitario una persona de clase media, que ha accedido a estudios universitarios, joven y portadora de un cuerpo considerado “bello”, según los cánones estéticos tradicionales, en relación a otra persona en situación de vulnerabilidad social, analfabeta y adulta mayor.

Probablemente concluyamos que estas personas no tienen las mismas posibilidades de acceso, ni reciben el mismo trato al acceder a un servicio de salud. De ahí que la *interseccionalidad* deba ser especialmente tenida en cuenta para no reproducir discriminaciones y violencias, para elaborar un diagnóstico adecuado y planificar una intervención apropiada.

Asumir que todas las personas estamos situadas en igualdad de

condiciones y posibilidades es reproducir la desigualdad bajo el manto de la igualdad formal. Pues aunque las legislaciones en amplia medida –en todo caso mucho más que en otros momentos históricos- puedan amparar las pluralidades y complejas desigualdades que atraviesan los cuerpos sociales, es innegable que siguen produciéndose discriminaciones e inequidades en el acceso a recursos materiales y simbólicos, así como a derechos humanos. Ello tiene que ver, entre otras cosas con el hecho de que la ciudadanía ha sido pensada a partir de un sujeto único y hegemónico: el varón, blanco, de clase media, propietario,



Quien calla otorga

2

heterosexual, sano y joven. Por lo que situarse fuera de estas categorías importa espacios de vulnerabilidad y riesgos, por las restricciones de derechos que ello implica.

Desde los aportes de la perspectiva post-estructuralista asumimos el poder como productor de realidad y de saber, y tal como ha señalado Michel Foucault a lo largo de su amplísima producción en este sentido, entendemos no se puede estar fuera del poder. Aquí, la cuestión no es el poder en sí sino cómo se ejerce, qué tácticas y estrategias sigue y cuáles son sus mecanismos de normalización. Acentuando el carácter productivo del poder, esto es lo que conforma -construye- al sujeto a la vez que representa la ocasión para su propia resistencia: donde existen relaciones de poder también existen resistencias.

RECURSOS

❖ ❖ ❖ **Sirenito** ❖ ❖ ❖

<http://youtu.be/xaKmXni-0xc>

Cortometraje realizado por Marisa Crespo y Moisés Romera, Saúl es un niño de cinco años que vive apaciblemente su vida hasta que decide vestirse de Sirenito para la fiesta de disfraces de su colegio. Esther, su madre, empieza a preocuparse, especulando sobre la futura tendencia sexual de su hijo.

❖ ❖ ❖ **Vestido nuevo** ❖ ❖ ❖

<http://youtu.be/JMakydi0p7o>

Realizado por Sergi Pérez es la historia de Mario, un niño que decide ponerse un vestido de rosa para ir a la escuela, lo cual generará sorpresa –y discriminaciones- de alumnos/as, profesoras/es y familiares. El cortometraje da cuenta de las respuestas violentas ante la ruptura de mandatos de género y la falta de herramientas para abordar estas situaciones, donde la diferencia genera discriminación.

**No quiero volver solito (Eu não quero voltar sozinho)**

<https://www.youtube.com/watch?v=1Wav5KjBHbI>

Cortometraje de Daniel Ribeiro sobre la sexualidad adolescente, en cuyos personajes interseccionan diferentes formas de ser y estar en el mundo.

3

IMPACTO DEL GÉNERO EN SALUD:

CONSTRUCCIÓN DE CONOCIMIENTO Y PRAXIS SOCIO-SANITARIA



ALEYDA YANES



3.1.- REPENSANDO LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

Entendemos la salud, tal y como señala la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, de forma holística abarcando aspectos del ámbito biológico, sociales, económicos, políticos, culturales, ambientales. Como señala Carme Valls Llobet,²⁴ estar sana/sano implica contar con condiciones favorables para vivir una vida digna, libre de violencias y discriminaciones, tener un trabajo que no se traduzca en explotación, disponer de vivienda adecuada, acceder a una alimentación suficiente, a la educación, a la cultura, contar habitual y no excepcionalmente con momentos de descanso y ocio, oportunidades de participación social, un ambiente sano. Enfatizamos un supuesto en particular que se agrega a todos los mencionados: tener acceso a servicios de salud, con calidad de atención, recursos suficientes y trato humanizado. Si todas estas condiciones se cumplen, las personas, en su más amplia diversidad y sin discriminación, podrán gozar de una salud integral. En definitiva, es tarea de los servicios sanitarios abrir las posibilidades para

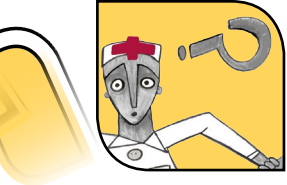
Recuperar el cuerpo como el lugar de una libertad potencial, hacer que el organismo sea un compendio de energía y vitalidad, es la propuesta que las médicas feministas hacemos al resto de mujeres. (Carme Valls Llobet, 2010:416).

En esta línea, ausencia de enfermedad no equivale a salud. Coincidimos por ello con la iniciativa teórica (Burin, Mabel²⁵ 1990: 17) que promueve el uso de la palabra malestar en lugar de enfermedad, porque permite escapar a la dicotomía sano/a-enfermo/a, comprendiendo 'la enfermedad' como un proceso y no un estado que viene dado externamente. Esta noción introduce un aspecto transicional, entre lo objetivo y lo subjetivo, lo biológico-psicológico-social, lo individual y lo estructural permitiendo hacer una revisión holística de las situaciones de la población. Lo cual se opone a la concepción tradicional e institucionalizada del modelo médico hegemónico²⁶ el cual se asienta y confirma una visión biologicista de la

24.- Carme Valls Llobet (Barcelona, 1945) es una médica catalana especializada en endocrinología, que además de la actividad profesional ha intervenido en política y desarrollado importantes investigaciones sobre la salud de las mujeres. Desde el año 1983 es miembro de la ONG Centro de Análisis y Programas Sanitarios (CAPS www.caps.cat) que tiene como objetivo investigar y poner en evidencia las diferencias de género en la salud y en los servicios sanitarios, y brindar a las mujeres el acceso a la información y a los recursos a fin de mejorar su calidad de vida. Es presidenta de la Fundación Cataluña Siglo XXI y ha sido diputada al parlamento de Cataluña por el PSC-Ciudadanos por el Cambio en las elecciones al Parlamento de Cataluña de 1999 y 2003. Es autora de diversos libros de divulgación médica entre los que destacamos: *Delante de una edad difícil: psicología y biología del adolescente* (1992); *Mujeres y hombres: salud y diferencias* (1994), *Mujeres Invisibles* (2006) y *Mujeres, Salud y Poder* (2009).

25.- Mabel Burin es psicoanalista, Doctora en Psicología por la Universidad de Belgrano (Buenos Aires). Sus estudios y producción teórica se han orientado principalmente a la salud mental y el impacto del género en la misma. Es coordinadora del Foro de Discusión Psicoanálisis, Estudios Feministas y Género en Internet <http://psiconet.com/foros/genero>. Entre sus libros destacamos: *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada* (1990), *Género, psicoanálisis y subjetividad* (1998), *Varones: género y subjetividad masculina* (2000).

26.- Acordamos con el concepto "Modelo Médico Hegemónico", definido por el antropólogo argentino Eduardo Menéndez, como el conjunto de prácticas, saberes y teorías, generadas por lo que se conoce como disciplinas médicas, las que desde el siglo XVIII han ido logrando establecer como subalternos, al conjunto de las prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces, dominantes en los conjuntos sociales, para identificarlos como la única forma legitimada por criterios científicos y por los Estados" (Menéndez. E. 1985:33). Existe toda una organización social, ideológica, económica y política que fortalece dicha hegemonía, mediante la exclusión de posibilidades de ver y actuar diferente, mediante la aceptación y construcción de ideas que avalan y justifican el mismo modelo médico. Existen ciertos rasgos estructurales que definen al Modelo Médico Hegemónico, estos son: Biologismo, concepción teórica evolucionista-positivista, a-historicidad, a-socialidad, individualismo, eficacia pragmática, la salud-enfermedad como mercancía, orientación básicamente curativa, concepción de la enfermedad como ruptura, desviación y diferencia, práctica curativa basada en la eliminación del síntoma, relación



Violencia contra las mujeres

Quien calla otorga

3

enfermedad.

En cuanto a la salud mental en particular, el concepto de malestar adquiere una especial relevancia ya que remarca la agencia del/la sujeta, situando el padecimiento en una dimensión más cercana a las particularidades de cada persona. Ello en contraposición con la perspectiva psiquiátrica hegemónica que suele establecer como agentes de tratamiento al/la profesional y los medicamentos; perdiendo de vista las posibilidades del/la sujeto/a, la influencia de la estructura social y sus condiciones de vida como factores influyentes en el malestar que padece.

Entendemos que, al intervenir en situaciones de violencia de género, es imprescindible repensar la salud -también en sentido inverso-, en tanto una concepción tradicional de la misma, no considera las múltiples formas como impacta la violencia recibida en la salud, dejando fuera de análisis y atención estos casos que, por otro lado, constituyen uno de los mayores factores de riesgo para las mujeres y una problemática de salud pública.

Los datos hablan por sí solos cuando atendemos a estudios como el de Polo²⁷ (2001) que tras incluir una escala de detección de violencia de género en un Centro de Salud Mental de Madrid, encontró que la prevalencia

de maltrato físico en pacientes ambulatorias era de un 28,1%, y la de maltrato psicológico ascendía a un 75,9%. En Mendoza no contamos con estadísticas que pudieran brindarnos un panorama provincial, también faltan estudios y datos a nivel nacional, pero el trabajo de formación a profesionales de la salud, que precede a la elaboración de este manual, con amplia participación de referentes de salud mental en la provincia permite predecir que, en el ámbito local la psiquiatrización de mujeres en situación de violencia es una práctica extendida e invisibilizada.

Adherimos a la recomendación de Carme Valls Llobet, la que promovemos como buena práctica en intervención socio-sanitaria: *...los condicionantes de género se han de visibilizar y denunciar, los riesgos para la salud se han de prevenir y no medicalizar, y las discriminaciones se han de cambiar* (Valls-Llobet, Carme 2010: 416). Éste es el trabajo que se debe realizar en ámbitos sanitarios y, no hacerlo, produce violencia institucional por revictimización.²⁸

médico-paciente asimétrica, relación de subordinación social y técnica del paciente, que puede llegar a la sumisión, concepción del paciente como ignorante, como portador de un saber equivocado. Estos rasgos del Modelo Médico Hegemónico le permiten articularse con los sectores sociales dominantes incorporándose a los saberes y prácticas hegemónicas del poder en sus procesos de producción y reproducción.

27.- Citado en, Pilar Blanco Prieto y Consuelo Ruiz Jarabo Quemada (2005: 104)

28.- Cuando hablamos de revictimización hacemos referencia a aquellos procesos, prácticas profesionales, sanitarias, judiciales en las que se hace reeditar a una persona la violencia que ha sufrido. En ámbitos de salud, en muchos casos esto sucede al invisibilizar o no tener en cuenta al diagnosticar, situaciones de violencia de género. También es práctica revictimizadora habitual la de obligar a las mujeres a que relaten una y otra vez situaciones de abuso y agresiones, en cada fase del recorrido clínico, por no protocolizar la información obtenida en las entrevistas. La revictimización constituye en sí misma una forma de violencia institucional. Sobre todo ello volveremos más adelante.

3.2.- SESGOS DE GÉNERO EN SALUD

...Nuestros debates sobre la biología del cuerpo siempre son debates simultáneamente morales, políticos y éticos sobre la igualdad política y sexual y las posibilidades de cambio...

Anne Fausto Sterling en *Cuerpos Sexuados* (2000)

Desde los griegos hasta el siglo XVII todos los seres humanos estaban fijados en un único cuerpo, cuya mejor expresión era la masculina, mientras que la femenina se consideraba una versión inmadura del mismo. Con la Ilustración, en el siglo XVIII se establece el *dimorfismo sexual*, esto es la existencia de dos cuerpos humanos: masculino y femenino. Comienza a generarse todo un lenguaje técnico para referir a aquellos nuevos cuerpos y órganos, que no dejan de estar atravesados por los estereotipos de género vigentes. Esta diferencia sexual que se establece no refiere a un avance médico, ni parte de un abordaje neutral, muy al contrario, el conocimiento científico que se genera sobre la diferencia sexual, se encuentra profundamente sesgado por las relaciones asimétricas de poder entre varones y mujeres. Es así que podemos pensar que el sexo es también una construcción social que habría que revisar en vez de considerarlo una *verdad* dada. De todo ello da cuenta Thomas Laqueur en su libro *La construcción del sexo* (1994:33) donde escribe lo siguiente: *casi todo lo que se desea decir sobre el sexo ya ha sido reivindicado para el género.*

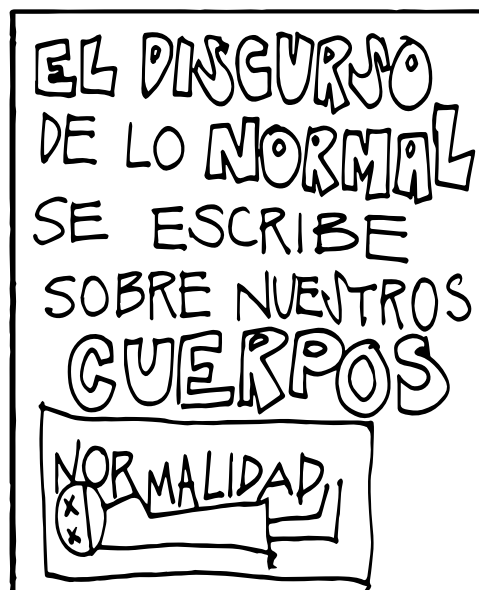
La desigualdad se justificará entonces en y por el útero. Este “segundo

cuerpo” seguirá siendo considerado inferior al masculino, haciendo uso del determinismo biológico para fundar social y científicamente la desigualdad, para muestras, basta un botón dicen, así se fundó en la biología el impedimento de acceso de las mujeres a la educación, al voto, a la participación política, a la toma de decisiones; se dispuso socialmente su encierro en el hogar y se penalizó con sentencia de loca o puta, el libre y autónomo movimiento por el espacio público.

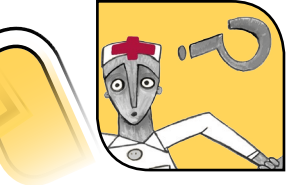
Es así como la diferencia sexual ha explicado históricamente los lugares que se han habilitado/vedado a las mujeres, justificando la desigualdad a partir del establecimiento de *destinos biológicos*. Pero esto no se inaugura con las mujeres, los sistemas esclavistas siempre han apelado a la biología para fundar la opresión en el orden *natural*, desde la antigua Grecia a la cercana África, desde el Holocausto hasta la explotación de trabajadoras/es bolivianos/as, peruanos/as en nuestra provincia, por dar algunos ejemplos contemporáneos e históricos.

Vinculado al concepto de bio-poder acuñado por Foucault²⁹ precisamente estos ámbitos de conocimiento (médicos, científicos) han habilitado

poder y control sobre los cuerpos de la ciudadanía en general y en especial



29.- Desarrollado en el primer volumen de *Historia de la Sexualidad: La Voluntad del Saber*, para identificar las formas de los estados modernos de explotar numerosas y diversas técnicas para subyugar los cuerpos y controlar la población. Entre esas técnicas las ciencias en general y las médicas en particular han tenido un papel protagónico.



Violencia contra las mujeres

de las mujeres, con mayor recelo aún en lo que atiende a su capacidad reproductiva. La vida se presenta como un objeto administrable en los estados modernos: poder de hacer vivir y dejar morir.

Esta diferencia sexual, reducida casi exclusivamente al aparato reproductor es generadora de sesgos en la medicina y práctica sanitaria hoy en día, en tanto se considera que los cuerpos son iguales a excepción de este fragmento de los mismos. Ello conlleva el pensamiento de que varones y mujeres están expuestos a los mismos factores de riesgo y protección, las mismas formas de enfermar y sanar.

La endocrinóloga feminista Carme Valls-Llobet (2001:34-36) ha sistematizado los *sesgos de género* que perviven tanto en el sistema sanitario que brinda servicios a la ciudadanía, como en la construcción de conocimiento científico y médico.

Suponer la igualdad en los procesos de salud-enfermedad, es uno de los sesgos que ella ha catalogado. La *invisibilidad dentro de ese supuesto de "igualdad"* comienza a ser desvelada por investigadoras y médicas feministas (principalmente entre los años '70-'80) como una forma de opacar los malestares de las mujeres y sus causalidades diferenciales. En relación a ello, el *androcentrismo* en la salud, hace referencia al hecho de proponer el cuerpo masculino como medida de todas las personas, centrando tanto los objetos de estudio como los sujetos de estudio en este modelo de varón, blanco, heterosexual, de clase media.

De esta manera se oculta que varones y mujeres tienen diferentes factores de riesgo y protección en tanto las vidas disponibles para unas y otros son altamente desiguales. De la misma manera las formas de

Quien calla otorga

enfermar entre hombres y mujeres cambian en algunas patologías, hay diferentes formas de expresión sintomatológica, de morbilidad, de acción farmacológica, etc.

La mirada androcéntrica es responsable del ocultamiento de la morbilidad diferencial y por tanto de las causas y consecuencias de ello. En la práctica médica desatender el sexo-género de las personas asistidas está generando que éstas tengan recorridos clínicos diferentes frente a un mismo problema médico. Un ejemplo de ello lo encontramos en las patologías coronarias. Si bien las tasas de prevalencia son mayores en los varones respecto de las mujeres, estas constituyen la primera causa de muerte para las mujeres incluso por encima del cáncer de mamas en varios países del mundo (Carme Valls, 2010: 232). Lo cual indica en forma rotunda que las mujeres no están siendo diagnosticadas ya que no aparecen en los datos sobre morbilidad pero sí en las tasas de mortalidad.

En ello confluyen varios factores en los que no nos detendremos pero sí apuntaremos, tales como el pensamiento socialmente extendido que las señala como una enfermedad *masculina* y por tanto no se observan ni se detectan debidamente en mujeres; o la diferente sintomatología previa a un infarto, que puede diferir en cuerpos femeninos y masculinos, lo que con frecuencia se desconoce.

No obstante, se debe tener en cuenta que el género no es el único factor social que se pone en juego en referencia a la salud; otros como son la clase social, la procedencia étnica, la sexualidad, la edad, la identidad de género, tienen un impacto diferencial en los estados de salud.

Cuando hablamos de *factores de riesgo diferenciales* entre varones y

3



mujeres, nos referimos a las diferencias en las condiciones de vida entre estos grupos; lo cual se debe tener en cuenta desde atención primaria hasta la más especializada. Claro ejemplo de ello está en los efectos de la doble y triple jornada femenina (esto es, el trabajo dentro y fuera del hogar, la sobrecarga que implica ser la cuidadora de personas enfermas, de niños y niñas, de adultos/as mayores además de encargarse de limpieza, compras, alimentación, entre muchas otras tareas de sostenimiento de la vida) son múltiples y afectan tanto a aspectos psíquicos como estrés, ansiedad, cansancio crónico...; como físicos en articulaciones, artrosis, dolor muscular...

Por otro lado el androcentrismo en la atención e intervención sanitaria ha invisibilizado la violencia de género como un factor de altísimo riesgo para la salud y vida de las mujeres.

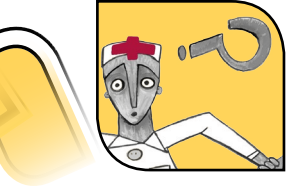
¿Cómo opera el androcentrismo en estos procesos de invisibilización?

- * No dimensionando la problemática,
- * Desconociendo o no prestando atención a los indicadores de detección
- * Restándole importancia a la especificidad de su abordaje, y por tanto, a la formación en ello.
- * Medicalizando como cuadros ansiosos o depresivos situaciones de violencia contra las mujeres.

Lo preocupante de los casos descritos es que importan mala praxis por negligencia, revictimización y potenciación de los riesgos. Pues las mujeres que están en una situación de violencia que nadie ve, que nadie detecta, confirman que la violencia *no existe, es exageración suya, es merecida, o no tiene remedio ni salida*, contribuyendo de esta manera -desde la intervención socio-sanitaria- a que las mujeres permanezcan en el mismo circuito que las daña y enferma.

Así mismo, el sector sanitario puede ejercer violencia contra las mujeres cuando sus necesidades de salud no están cubiertas. El ejemplo más claro lo tenemos con la salud sexual y reproductiva, donde se vulnera la libertad y derechos de las mujeres cuando no son atendidos los casos de aborto no punible, cuando no se accede a una ligadura tubaria o se la efectúa por decisión del/la profesional, cuando se restringe el acceso a métodos anticonceptivos.

Otra desigualdad *camuflada* se verifica en el cambio de actitud del personal sanitario en función del sexo/género de sus asistentes, lo que se potencia según la forma en que estas categorías interseccionen con otras, como ya hemos señalado. Así, las mujeres son catalogadas frecuentemente como *pacientes que se quejan en exceso*; sus síntomas son más fácilmente atribuidos a *influencias emocionales* que los de los varones. Los datos en Mendoza, según una investigación realizada en 2011 con trabajadores/as de la salud (Aleyda Yanes Bethencourt, 2012: 52) ratifican un porcentaje mayoritario de *diagnóstico* de padecimientos mentales en mujeres que en varones. En cuanto a morbilidad en general, en ellos los diagnósticos son más variados, mientras que en ellas hay un amplio consenso hacia



Violencia contra las mujeres

Quien calla otorga

3

dos campos de la salud: la ginecología y la psiquiatría. Esto nos lleva a preguntarnos si se debe a un mejor conocimiento de los padeceres de las mujeres o al seguimiento de un patrón androcéntrico que recalca la otredad femenina a partir de establecer “especificidades sólo para ellas”. Es llamativo que justo la diferencia se establezca en estos dos campos, que aunque antagónicos, han sido lugares que históricamente han estereotipado y controlado a las mujeres: como madres y como locas.

4

VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y VIOLENCIA DE GÉNERO



BASTA!



PATRICIA GONZALEZ
ALEYDA YANES



4.1.- LA CUESTIÓN TERMINOLÓGICA Y LOS PARADIGMAS IMPLICADOS³⁰

...La violencia sexista, machista, patriarcal, sitúan el origen de la violencia en la existencia de una desigualdad de poder entre hombres y mujeres originada por la presencia de relaciones y estructuras sociales sexistas, machistas, patriarcales (...) En mayor o menor medida, todas/os estamos afectados por esas relaciones, por ello, la superación de la violencia es también la superación de un determinado modelo. La violencia contra las mujeres se convirtió así en una epistemología para el cambio social y en una praxis política para todas las mujeres...

Encarna Bodelón González³¹ en
La violencia contra las mujeres y el derecho no-androcéntrico (2008)

En relación a la cuestión terminológica creemos importante formular algunas especificaciones:

- * En primer lugar no es lo mismo hablar de violencia contra las mujeres -terminología de nuestra ley 26.485 de protección integral- que de violencia de género -terminología utilizada por ejemplo en la ley española-. Ello porque la violencia de género comprendería las distintas formas de violencia contra las mujeres, pero también otras violencias que tienen origen en las relaciones de poder y desigualdad que se fundan en

el sistema sexo-género-sexualidad, como por ejemplo la violencia hacia lesbianas, gays, personas trans. El debate acerca de las implicaciones que devienen de cada una de las opciones terminológicas tiene muchas aristas que no podremos abordar en este manual, baste con señalar que, quienes defienden la terminología empleada por la ley argentina, señalan que hablar de género invisibiliza a las principales y sistemáticamente afectadas por el patriarcado, las mujeres. Mientras que quienes prefieren hablar de violencia de género, consideran que es un marco más amplio desde donde abordar diferentes agresiones que se sostienen en la misma raigambre social.

- * En el presente manual hemos trabajado exclusivamente la intervención en situaciones de violencia contra las mujeres, o sea, sólo un tipo de violencia de género, pero ello no conlleva invisibilizar las otras violencias que castigan a quienes se sitúan en los márgenes de la normatividad: lesbianas, gays, personas trans. Abogamos porque las mismas puedan ser recogidas en futuras iniciativas, análogas a la presente.

30.- Por Patricia Gonzalez Prado y Aleyda Yanes Bethencourt.

31.- Encarna Bodelón González es doctora en derecho y directora del grupo de investigación Antígona mujeres y derechos en perspectiva de género de la Universidad Autónoma de Barcelona. Entre sus publicaciones destacan: Igualdad y diferencia en los análisis feministas del derecho (1999); Rastreado lo invisible. Mujeres inmigrantes presas (2005); Mujer y Castigo (2006); Género y Dominación (2010); Género, derecho e igualdad (2010).

Hechas estas precisiones, vale entonces preguntarnos en qué situaciones la ley reconoce protección a las mujeres para repeler situaciones de violencia, qué derechos reconoce y garantiza, a qué mujeres protege la ley, ¿a todas o a algunas? ¿qué protección y asistencia brinda el sistema



sanitario público? ¿qué violencias atiende y cuáles invisibiliza?

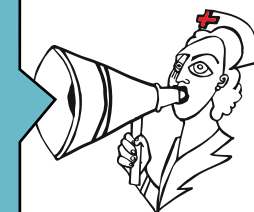
Para ello entendemos que es clave comprender que las distintas manifestaciones y formas de violencia contra las mujeres, hacen referencia a la *violencia patriarcal*³². Esto, como señala Encarna Bodelón González, deja claro que todas las mujeres estamos atravesadas por esta violencia, en tanto está inscrita en nuestra estructura social, y lo que cambia es el grado y el momento en el que esa violencia se produce y reproduce (Bodelón González Encarna, 2008:16). Esto no quiere decir que sea una violencia “natural”, sino que es un producto de las relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres, y en tanto producto histórico, puede y debe ser transformado.

Todas las mujeres estamos expuestas a situaciones de violencia simbólica, violencia contra nuestra libertad reproductiva, situaciones de acoso en la calle, en los trabajos, en el acceso a la educación. Violencias que se explican por lo desigual que resulta caminar el mundo con un cuerpo leído en femenino, que uno percibido como masculino. Las desigualdades se profundizan, como ya hemos señalado, cuando el género intersecciona

con otras categorías analíticas como la clase social, la procedencia étnica, la sexualidad, entre otras.

Encarna Bodelón González se alinea con una corriente de teóricas y activistas por los derechos humanos de las mujeres que proponen hablar de *derecho a una vida libre de la violencia*. El reconocimiento de este derecho es el punto de partida de nuestra ley 26.485, que apunta no sólo al abordaje sino también a la prevención y a la promoción de derechos.

En la actualidad se trabaja con la idea parcial de garantizar los derechos de las mujeres en situación de violencia a partir de su tratamiento por el sistema judicial o el sistema de salud, pero el objetivo final, es reconocer el derecho a una sociedad diferente y sin violencia para todas las mujeres. Paradigma que permite romper la barrera que existe entre “víctimas” y no víctimas, habilitando crear vínculos de solidaridad y reconocimiento.



Todo lo señalado apunta a concluir que es muy importante, en la intervención socio-sanitaria contextualizar la violencia contra las mujeres, entendiendo que excede en mucho la caracterización como un mero problema entre sujetos, o el resultado de malas prácticas individuales. La misma da cuenta de una determinada división sexual del trabajo, de relaciones de poder asimétricas entre mujeres y hombres y de la permanencia de privilegios para los varones, todo lo cual impide el desarrollo de la subjetividad y la ciudadanía de las mujeres en igualdad

32.- Hacemos referencia así a la que es producto de nuestras estructuras sociales, la que parte de lo que definimos como sistema hetero-patriarcal capitalista. Se define así un sistema de dominación que combina un modo de organización social extendido globalmente, en el que la autoridad está en manos de varones; la imposición del modelo heterosexual ligado a la reproducción como única forma de concretarse la sexualidad humana; y la imposición de un sistema económico de acumulación y concentración de riqueza en manos de algunos, que requiere de la explotación de la mayoría de la ciudadanía, y de manera central del trabajo reproductivo. Un sistema que sitúa las tareas de cuidado en manos de mujeres, las invisibiliza en tanto se las atribuye justificándolo en la biología y las explota en tanto no las remunera, pero las sabe imprescindibles para la reproducción de la fuerza de trabajo y sostenimiento de la vida. Esto ha sido largamente teorizado y escapa al propósito de esta guía un amplio desarrollo del concepto. Una buena compilación del mismo ha sido realizada por la colectiva Sin Cautivas disponible en: <http://www.sincautivas.blogspot.com.ar/2009/02/heteropatriarcado.html>



Violencia contra las mujeres

de condiciones. La violencia que se gesta en lo privado no es un fenómeno que pueda ser comprendido o abordado de forma autónoma. La violencia contra las mujeres es interclasista, intergeneracional, intercultural y transversal porque es el resultado de un determinado modelo de poder.

Precisamente estas características son las que nos llevan a afirmar que NO configura *violencia de género*, un caso de violencia de una mujer a un varón, en tanto no está sustentada en un sistema estructural que establezca sistemáticamente relaciones de dominación de mujeres a varones. Ello no quiere decir que no estemos ante un caso de violencia, sino que no puede identificarse como *violencia de género* y por lo tanto los abordajes, las herramientas y las consideraciones para la intervención socio-sanitaria no pueden ser las mismas.

4.2.- IMPORTANCIA DE INCORPORAR LA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y EL ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS EN LA INTERVENCIÓN SOCIO-SANITARIA

Desde el año 1996, la Asamblea de Salud Mundial ha señalado la violencia contra las mujeres como un **tema prioritario de salud pública** en todo el mundo. Lamentablemente, el sector de la salud con frecuencia pasa por alto los vínculos que existen entre la violencia basada en género y la salud de las mujeres. Muchos/as profesionales aún consideran que la violencia contra las mujeres constituye un problema social y no

Quien calla otorga

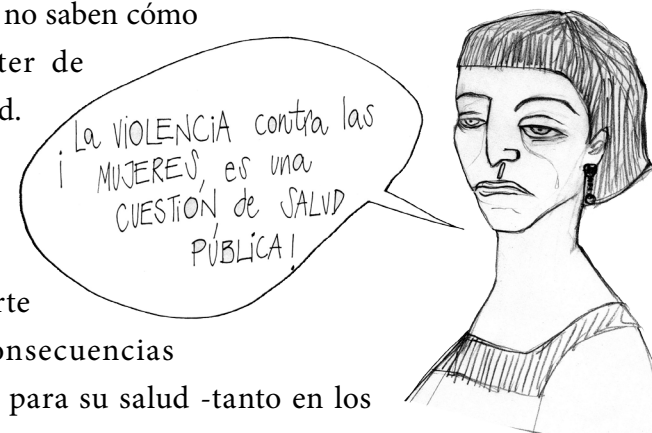
4

un **asunto de salud pública**. Otras/os reconocen que la violencia es un tema de salud, pero no saben cómo tratarlo en su carácter de profesionales de la salud.

Sin embargo la violencia de género es una de las causas más importantes de incapacidad y muerte

de mujeres, tiene consecuencias profundas y negativas para su salud -tanto en los aspectos orgánicos, como psicosociales-, que van desde desórdenes emocionales, lesiones físicas y dolores crónicos, hasta situaciones de muerte como el suicidio y el homicidio. También es un **factor de riesgo** para muchas enfermedades que afectan la salud física, mental y sexual; así por ejemplo, limita la posibilidad de las mujeres de negociar con sus parejas el uso de preservativos u otros métodos anticonceptivos, colocándolas en una situación de mayor riesgo de embarazos involuntarios y de infecciones de transmisión sexual (ITS).

Las personas que realizan intervención socio-sanitaria están en una situación propicia para ayudar a las mujeres en situación de violencia a tomar conciencia sobre los riesgos a los que se exponen. Las y los trabajadores de la salud desempeñan un papel importante a la hora de modificar las actitudes con respecto a la violencia, ya que tienen la posibilidad de enmarcarla como un problema de salud, en vez de una simple costumbre social y una cuestión privada.





Como clarifica Encarna Bodelón González:

...Nuestra sociedad se pregunta sobre el por qué de los años de silencio, de sufrimiento, de las supervivientes, sin comprender que una mujer que rompe, lucha o denuncia la violencia de género está poniendo en tela de juicio la normalidad de siglos, los sutiles mecanismos de parte de nuestras relaciones sociales y familiares para perpetuar la opresión (2008:15)...

Otra cuestión central a tener en cuenta a fin de comprender la importancia de la incorporación propuesta, es que la misma es mandato legal para funcionarios/as públicos, mandato que es aún más fuerte cuando hablamos de acceso a la salud, en tanto es uno de los ámbitos estatales que han de garantizar medidas para poner fin al malestar bio-psico-social y emprender procesos de recuperación.

4.3.- MARCO LEGAL DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

Argentina cuenta con una ley de protección integral, la ley 26.485 que es inmediatamente aplicable en nuestra provincia, Mendoza. El decreto reglamentario 1011/2010 refiere precisamente aquello que es condición de posibilidad de la violencia contra las mujeres, “... las inequidades basadas en un sistema jerárquico de relaciones sociales, políticas y económicas que, desde roles estereotipados de género y con la excusa de la diferencia biológica, fijan las características de la masculinidad como parámetro de las concepciones humanas y así institucionaliza la

desigualdad en perjuicio de las mujeres...”.

En línea con ello el artículo 7º de la ley nacional ordena a los tres poderes del Estado, tanto del ámbito nacional como provincial garantizar los siguientes mínimos:

- A. La eliminación de la discriminación y las desiguales relaciones de poder sobre las mujeres;
- B. La adopción de medidas tendientes a sensibilizar a la sociedad, promoviendo valores de igualdad y deslegitimación de la violencia contra las mujeres.
- C. La asistencia en forma integral y oportuna de las mujeres que padecen cualquier tipo de violencia.

En particular la ley ordena al **Ministerio de Salud**:

- A. Incorporar la problemática de la violencia contra las mujeres en los programas de salud integral de las mujeres.



Violencia contra las mujeres

—•**B.** Diseñar protocolos específicos de detección precoz y atención de todo tipo y modalidad de violencia contra las mujeres, prioritariamente en las áreas de atención primaria de salud, emergencias, clínica médica, obstetricia, ginecología, traumatología, pediatría, y salud mental.

—•**C.** Alentar la formación continua del personal médico sanitario con el fin de mejorar el diagnóstico precoz y la atención médica con perspectiva de género.

Nuestra ley nacional reconoce como antecedentes la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres (CEDAW – 1979) incorporada a la Constitución Nacional en el artículo 75 inc. 22 y la Convención Interamericana para Prevenir Sancionar y Erradicar la Violencia Contra La Mujer, Belém Do Pará” (1994), entre otras.

Destacamos particularmente la definición incluida en la ley (art. 4º) porque entendemos que aporta cuestiones claves para comprender y dimensionar esta problemática: refiere que se *entiende por **violencia contra las mujeres toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito **público** como en el **privado**, basada en una **relación desigual de poder**, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así***

Quien calla otorga

4

también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes.

Se desmitifica así que:

* La violencia contra las mujeres tenga lugar sólo en el ámbito “de parejas o ex parejas” -ámbito privado-, ya que se incluyen también la violencia institucional, la obstétrica, la simbólica, la que atenta contra la libertad reproductiva, la laboral, entre otras.

* Las omisiones no puedan configurar violencia. Esto tiene particular relevancia en el ámbito socio-sanitario, no sólo en cuanto a la presencia de los sesgos de género que se abordaron en el capítulo anterior, sino también en relación al acceso de las mujeres a salud sexual y reproductiva, lo que comprende desde el acceso a la información necesaria para tomar decisiones autónomas sobre anticoncepción, contracepción quirúrgica, aborto no punible, partos respetados, buen trato y garantías del secreto profesional.

En cuanto a los circuitos legales, en tanto ha sido uno de los puntos que, a lo largo de las formaciones a profesionales, más dudas han presentado, hemos diseñado un gráfico desplegable que acompaña la versión gráfica



del presente manual, a fin de despejar dudas sobre los procedimientos aplicables y promover con ello derivaciones responsables.

4.4.- FORMAS Y MANIFESTACIONES

El artículo 5º de la ley 26.485 aclara que quedan comprendidos en el ámbito de la ley, especial, pero no exclusivamente los siguientes **tipos de violencia** contra las mujeres:

—**1. Física:** La que se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato agresión que afecte su integridad física. Los feminicidios o femicidios son la expresión más brutal de esta forma de violencia, alcanzando en nuestro país, número escalofriantes, aproximadamente la muerte de una mujer cada 36 horas. El estado sigue sin construir indicadores adecuados para medirlas y sólo contamos con los registros de Observatorios como el Adriana Marisel Zambrano * que da cuenta que en el período que va de 1/01/2011 – 31/12/2011 se registraron 282 Femicidios y Femicidios “Vinculados” de mujeres y niñas; en el período 1/01/2010- 31/12/2010 se registraron 260 Femicidios y Femicidios “Vinculados” de mujeres y niñas.

<http://www.lacasadelencuentro.org/femicidios.html>

—**2. Psicológica:** La que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica el pleno desarrollo personal o que busca degradar o **controlar** sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonra, descrédito, manipulación aislamiento. Incluye también la **culpabilización**, vigilancia constante, exigencia de obediencia, sumisión, coerción verbal, persecución, insulto, indiferencia, abandono, celos, chantaje, ridiculización, explotación y limitación del derecho de circulación o cualquier otro medio que cause perjuicio a su salud psicológica y a la autodeterminación. El control y vigilancia que se ha extendido a través de los teléfonos celulares, las redes sociales, la invasión de las cuentas de correo electrónico, es claro ejemplo de esto, la demanda de atención constante, la desvalorización, minorización y crítica permanente son más muestras de este tipo de violencia.

—**3. Sexual:** Cualquier acción que implique la **vulneración** en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la **violación dentro del matrimonio** o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de mujeres. La ley es clara al considerar en este supuesto las agresiones dentro del



Violencia contra las mujeres

matrimonio y toda acción, coerción que vulnere la autonomía de las mujeres en el ámbito sexual.

—•**4. Económica y patrimonial:** *La que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de la mujer.* Por ejemplo, el aprovechamiento de su dinero, del producto de su trabajo, la apropiación de sus bienes, el empobrecimiento al que muchas veces se somete a las mujeres.

—•**5. Simbólica:** *La que a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos transmita y reproduzca dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad.* Son abundantes los programas televisivos, novelas, publicidad en este sentido, llevan la delantera la publicidad de cerveza, de productos de limpieza, yogurts y productos dietéticos, cosmética, las novelas y los programas de entretenimiento.

La ley también establece, con fines metodológicos y para dimensionar la problemática las formas en que se manifiestan los tipos de violencia ya señalados (art.6°):

Quien calla otorga

4

—•**A. Violencia doméstica:** *aquella ejercida contra las mujeres por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde ésta ocurra, es importante destacar la amplitud con la que la ley define a grupo familiar ya que comprende consanguinidad, afinidad, uniones de hecho y noviazgos, relaciones vigentes o finalizadas, no siendo requisito la convivencia.*

—•**B. Violencia institucional contra las mujeres:** *aquella realizada por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley.*

—•**C. Violencia laboral contra las mujeres:** *aquella que discrimina a las mujeres en los ámbitos de trabajo públicos o privados ...incluye el hostigamiento psicológico en forma sistemática sobre una determinada trabajadora con el fin de lograr su exclusión laboral.*

—•**D. Violencia contra la libertad reproductiva:** *aquella que vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable;*



—•**E. Violencia obstétrica:** *aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la ley 25.929 (por un parto respetado)*

—•**F. Violencia mediática contra las mujeres:** aquella publicación o difusión de mensajes e imágenes estereotipados a través de cualquier medio masivo de comunicación, que de manera directa o indirecta promueva la explotación de mujeres o sus imágenes, injurie, difame, discrimine, deshonre, humille o atente contra la dignidad de las mujeres, como así también la utilización de mujeres, adolescentes y niñas en mensajes e imágenes pornográficas, legitimando la desigualdad de trato o construya patrones socioculturales reproductores de la desigualdad o generadores de violencia contra las mujeres.



Las modalidades receptadas en la ley dan cuenta de la magnitud de la problemática. Las consignamos expresamente porque se suele reducir la violencia contra las mujeres a la violencia doméstica. Esto tiene que ver con la forma en que ha progresado la legislación. Así la ley provincial del año 1999, llamada de Violencia Familiar (6672) cede su aplicación

en favor de la ley nacional 26.485, no sólo por ser posterior, sino porque la nacional regula y protege de manera más amplia contra la violencia, una cuestión central en materia de derechos humanos.

Sin embargo, persisten confusiones, tribunales y espacios sanitarios que invocan la perimida ley 6672. Esta ley no explica de manera alguna



la problemática de violencia contra las mujeres, por ello afirmamos que hablar de violencia doméstica o intrafamiliar para referirse a las situaciones de violencia contra las mujeres resulta una limitación inaceptable en tanto invisibiliza no sólo el origen estructural de la misma, sino que deja sin protección el padecimiento de tantas otras violencias ya mencionadas como en ámbitos laborales, en los medios de comunicación masivos, en las instituciones, en los hospitales, en los centros de salud, etc. Tales omisiones y reducciones configuran por su parte violencia institucional.

4.5.- REVISIÓN CRÍTICA DEL CONCEPTO VÍCTIMA

...La violencia contra las mujeres constituye un problema mundial con proporciones de epidemia. Las estadísticas demuestran que, en todo el mundo, una de cada tres mujeres ha vivido o vivirá algún tipo de violencia a lo largo de su vida³³

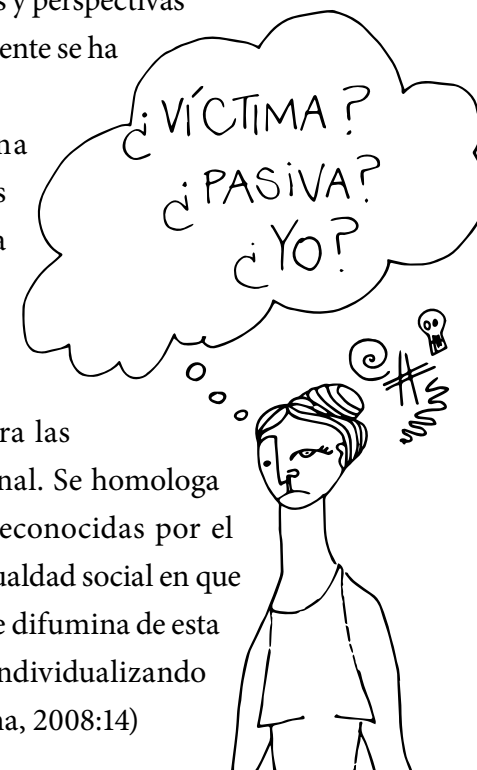
El concepto de violencia de género permite advertir que las relaciones entre hombres y mujeres no son igualitarias y que en la sociedad persiste una imagen desvalorizada de las mujeres. También que, a diferencia de otras formas de agresión, el factor de riesgo o vulnerabilidad es el hecho de ser mujer...

Comisión sobre Temáticas de Género Defensoría General de la Nación (2010)

Uno de los avances que especialmente destacamos en la ley nacional 26.485 es que, tras años de tratamiento *tutelar* a las mujeres que sufren violencia de género, se articula un elenco de derechos, reconociéndola

como sujeta de los mismos y no objeto de asistencia. Sin embargo, surgen algunos problemas en la intervención social, sanitaria y judicial, en situaciones de violencia contra las mujeres, que entendemos están relacionados con las implicaciones y perspectivas vinculadas a lo que mayoritariamente se ha conceptualizado como *víctima*.

Tal como señala Encarna Bodelón González, una de las dificultades al hablar de víctima es que reduce una problemática compleja, que tiene componentes sociales y estructurales además de subjetivos -la violencia contra las mujeres- al conflicto interpersonal. Se homologa la violencia patriarcal a otras reconocidas por el derecho; invisibilizando la desigualdad social en que ancla su padecimiento y sostén. Se difumina de esta manera su carácter estructural individualizando la problemática (Bodelón Encarna, 2008:14)



...Las mujeres, la mujer, en lucha contra la violencia, en conquista de su libertad y de sus derechos pasa a ser sólo una persona afectada por violencia, no una persona que sufre una desigualdad social. La lucha contra la violencia deja de ser así una lucha política por la ciudadanía, por la construcción de una subjetividad libre, liberada y pasa a ser una subjetividad cautiva de los estereotipos que el discurso jurídico construye sobre las mujeres que sufren y luchan contra la violencia de género. La víctima es así estereotipada de múltiples formas: la mujer tutelable, indecisa, contradictoria, marginada, mentirosa... La creación

33.- PNUD, Podemos vivir sin violencia. La acción del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo contra la violencia hacia las mujeres en Argentina, abril 2009.

de un falso estereotipo de mujer víctima de violencia de género conlleva numerosos problemas: las mujeres que padecen violencia no se ajustan al estereotipo, causando esto la consecuente “frustración” de los operadores jurídicos y sociales (Larrauri, 2007 en Bodelón Encarna, 2008:14).

Exactamente las mismas valoraciones y apreciaciones son extensibles al discurso médico-hegemónico, al sanitarista en general y a las prácticas socio-sanitarias en particular. Por ello es que proponemos una revisión crítica de este concepto, de ese rígido perfil que deja fuera a cientos de mujeres que, pese a atravesar situaciones de brutal violencia de género, no reúnen esa apariencia de mujer sumisa, cabizbaja, incapaz de tomar decisiones propias... La creación de un perfil rígido y pobre, que no atiende a la complejidad y heterogeneidad de las formas en las que las mujeres atraviesan las situaciones de violencia, conlleva numerosos problemas entre los que resaltaremos dos: por un lado, que muchas queden fuera de dicho perfil sin que la violencia sea reconocida como tal y por tanto sin ser abordada desde las diferentes esferas (jurídicas, psicológicas, sociales, etc.); y por otro, las que quedan dentro del mismo, son tratadas como sujetas pasivas, que vuelven al estado de niñez, y por lo tanto por quienes otros/as deben tomar decisiones, decirles lo que han de hacer, a quienes se minoriza para brindarles atención, a quienes se tutela para habilitar el acceso a la salud.

En relación a ello, hay dos iniciativas que queremos remarcar, las cuales plantean una importante modificación en el paradigma de intervención. La autora que hemos tomado como vertebradora del presente capítulo, retoma el largo debate que en la teoría feminista ha habido al respecto, promueve la sustitución del término víctima por el de *superviviente* o

sobreviviente a la violencia de género, y señala:



... La significación política y social que tiene el desplazamiento del concepto “opresión” al concepto “victimización” ha sido puesta de manifiesto por diversos trabajos (Pitch, 1989) (Minow 1993). Mientras que el concepto de “opresión” denuncia una situación estructural y hace partícipes del problema a personas no afectadas, el concepto de “víctima” reduce el problema a un daño individual. Algunas feministas procedentes del feminismo radical rechazan el término “víctima”, por cuanto, afirman, implica pasividad (Walklate, 1995). En su lugar prefieren utilizar el término “superviviente” (survivor), que implicaría un rol más positivo para la mujer y enfatiza las estrategias que diariamente son utilizadas por las mujeres para hacer frente a diversas experiencias. De esta manera, también se subraya el hecho de que esa violencia tiene un origen en las relaciones de género. Es decir, se refuerza la idea de que dicha violencia está vinculada a la opresión sexual y que las mujeres debemos tener un papel activo en la lucha contra la opresión sexual (Ferreira, 1992; Bosch, 2002 en Bodelón Encarna, 2008:15).

Otra concepción que escapa al asistencialismo y tutela derivada de los paradigmas victimistas, que se asocia mayormente a la violencia de género en el contexto de pareja o ex, habla de mujeres en situación de violencia. Tildar la violencia en su dimensión concreta de tiempo y espacio abre la posibilidad de su salida, permite comprenderla como un episodio más dentro de una historia de vida. Luchando contra la estigmatización de haber sido “víctima”, vulnerada, humillada, pasiva. Este énfasis situacional ubica la violencia en un proceso, con final posible. En este sentido, tanto si hablamos de sobrevivientes como de mujeres en situación de violencia, las mujeres están situadas en lugares de autonomía



Violencia contra las mujeres

y agencia, están tomando decisiones sobre vida y luchando contra la violencia. Reconocer ese papel activo es imprescindible para comenzar a derribar intervenciones tutelares.

Promovemos por ello un cambio conceptual que implica una importante modificación en el paradigma de intervención: la sustitución del término víctima por el de superviviente/ sobreviviente a la violencia de género; o la referencia a mujeres en situación de violencia.

Este cambio de paradigma es central no sólo en relación a la intervención judicial, sino también social y especialmente terapéutica. Situar la violencia en un sistema estructural permite -a las mismas mujeres- ubicar su historia y su relato en un marco social que reproduce el machismo, promueve la desvalorización y objetualización de las mujeres, su enjuiciamiento desde una moral tradicional y cristiana -y por lo tanto sesgada- su infantilización, su tutela y su condena. Es necesario volver a la situación concreta, la subjetiva, y contextualizarla en este marco, porque de lo contrario, aún cuando a nivel local pero también global, la violencia contra las mujeres tiene alcances de epidemia, se vive por las propias mujeres como algo que “sólo les pasa a ellas”, un mero conflicto individual, por el que además, en muchos casos, se culpabilizan.

En línea con ello también proponemos como una forma fundamental de abordaje con mujeres en situación de violencia, el trabajo en grupos terapéuticos o de reflexión personal y política. Si bien el trabajo en grupos

Quien calla otorga

4

se abordará en otro capítulo, baste señalar que entendemos que estos, cuando son abordados desde una perspectiva de género y derechos humanos, facilitan identificar los lugares comunes de las experiencias de las propias mujeres, tanto en lo que tiene que ver con las formas

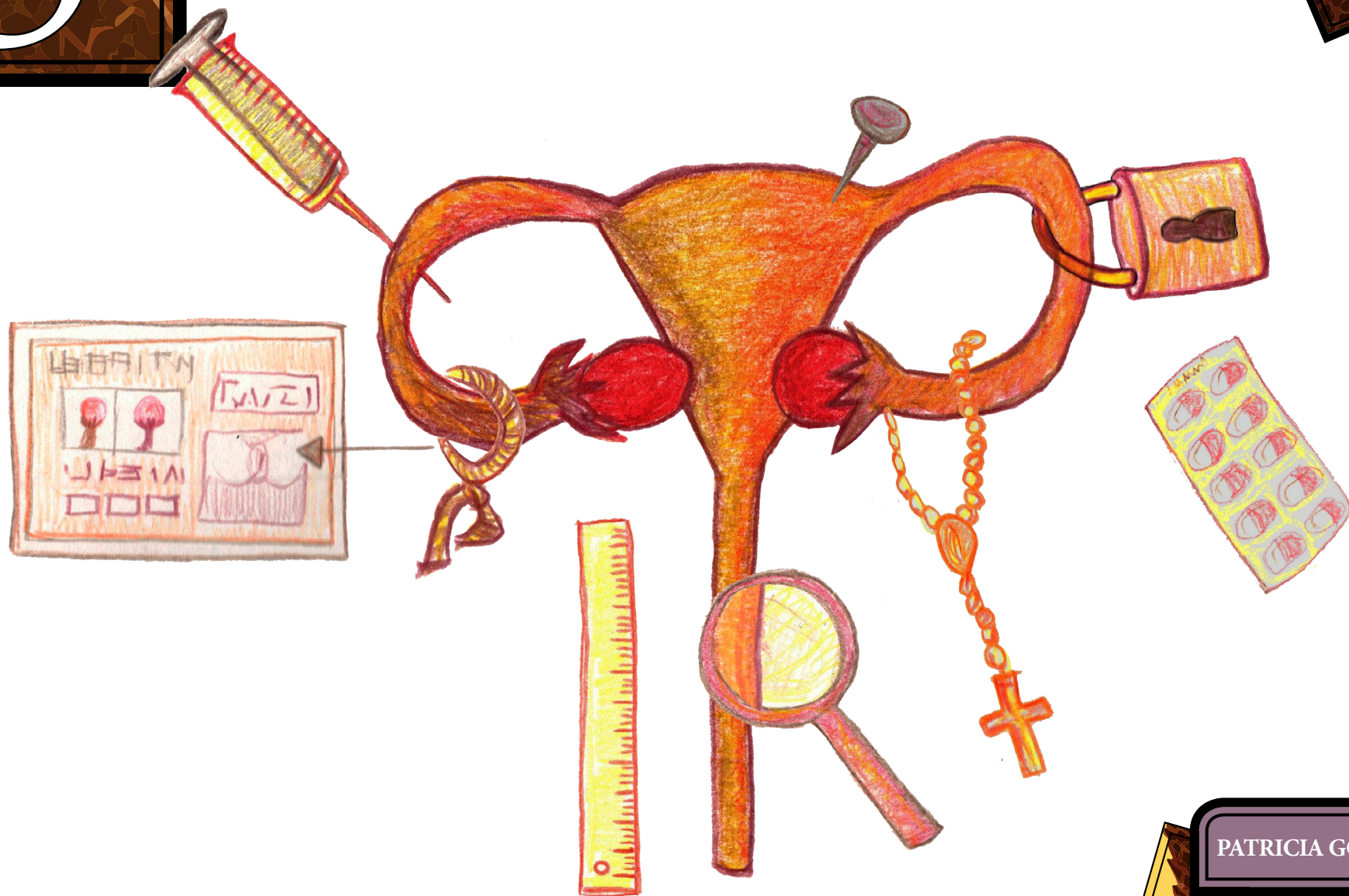


en que han sido violentadas, como con el impacto de la violencia en la subjetividad, en la salud, en la vida cotidiana. También permiten visibilizar que lo personal y lo social están interconectados y que desde ahí se conforma nuestra subjetividad. Se retoma de esta

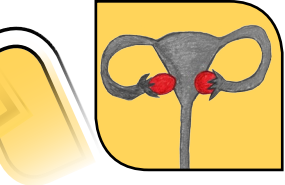
manera la consigna feminista que traduce toda una praxis, lo personal es político, para señalar que en los espacios personales se juegan relaciones de poder y no son relaciones de poder aisladas, sino atravesadas por las categorías analíticas que hemos trabajado en capítulos anteriores. Teniendo esto en cuenta, podemos favorecer procesos conscientes de deconstrucción y reconstrucción subjetiva.

5

VIOLENCIA E INTERVENCIÓN SOCIO-SANITARIA



PATRICIA GONZALEZ



5.1.- VIOLENCIA OBSTÉTRICA CONTRA LA LIBERTAD REPRODUCTIVA E INSTITUCIONAL^[34]

Nos hemos detenido en estos tipos de violencia contra las mujeres en tanto son las que atraviesan principalmente la intervención socio-sanitaria. Sin embargo, muchas veces, son invisibilizadas, por la relación asimétrica de poder que hay entre quienes acuden a los servicios de salud y quienes brindan la atención, entre los equipos disciplinares encargados, por la falta de protocolos de actuación profesional, por falta de información tanto de los derechos humanos en juego como de los medios para denunciar sus vulneraciones.

De ahí que creamos importante destacar que constituyen casos de **violencia contra la libertad reproductiva**^[35]: todas las acciones u omisiones provenientes del personal de instituciones públicas o privadas de atención de la salud, o de cualquier particular como cónyuges, concubinos, convivientes, progenitores, familiares, empleadores/as, entre otros, **que vulneren el derecho de las mujeres** a decidir libre y responsablemente si desea o no tener hijas/os, el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos.

Específicamente incurren en violencia contra la libertad reproductiva los/as profesionales de la salud que no brindan el asesoramiento necesario

o la provisión de todos los medios anticonceptivos, como así también los/as que se niegan a realizar prácticas lícitas atinentes a la salud reproductiva, como contracepción quirúrgica o abortos no punibles. El sometimiento a test de embarazos en ámbitos laborales es también ejemplos de este tipo de violencia.

Por trato deshumanizado se entienden aquellos tratos crueles, deshonorosos, descalificadores, humillantes o amenazantes ejercidos por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto, ya sea a la mujer o al/la recién nacido/a, así como en la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no. Por ello es importante conocer la legislación protectoria, entre la que destacamos, además de la ya nombrada 26.485, la 25.929, que protege los derechos de madres, padres y recién nacidos en el proceso de parto y nacimiento y la ley 26.529 que protege los derechos de los y las pacientes.

La recepción legislativa de la **violencia obstétrica**^[36] reconoce entre sus antecedentes un proceso de investigación que comenzó en junio de 2001 cuando el Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR) y el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres (CLADEM) tomaron conocimiento de los malos tratos recibidos por una joven en un servicio de salud reproductiva de la Ciudad de Rosario. A partir de allí se inició una investigación en base a las declaraciones de mujeres atendidas en hospitales públicos. Ello se

34.- El presente apartado es parte de la investigación *Cuerpos tomados, cuerpos reapropiados: Obstáculos al aborto no punible*. Patricia Gonzalez Prado. Barcelona 2011.

35.- Concepto incorporado por el artículo 5º inciso d) del decreto 1011/2010.

36.- En la legislación venezolana, pionera en la materia, se encuentra incorporado el concepto de violencia obstétrica, como *la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres*.



plasmó en dos informes -Con Todo al Aire I y II- que hicieron visible formas de violencia institucional generalizadas y sistemáticas por parte de Centros de Salud y Hospitales. La información que recogen los mismos, tal como señala la jurista Graciela Medina^[37], reflejan que las mujeres en sus consultas ginecológicas u obstétricas habían sido víctimas de:

1) Vulneraciones del derecho a la intimidad por la intromisión no consentida en su privacidad mediante la exhibición y/o revisión masiva del cuerpo y los órganos genitales.

En múltiples ocasiones las mujeres son revisadas por un/a médico/a y un grupo de practicantes y estudiantes, sin ninguna explicación, ni respeto por su cuerpo, y sin pedirles consentimiento para ser escrutadas, palpadas, e investigadas, por múltiples personas, quienes además muchas veces realizan comentarios burlescos entre ellos. Los testimonios incorporados a los informes referidos, dan cuenta de la magnitud de la humillación “...*me metieron mano más o menos 13 estudiantes, sentí vergüenza, bronca, me tapaba la cara con la sábana para que no me miraran*”. ❏

❏ Testimonio extraído de Con Todo al Aire I. Reporte Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en Hospitales Públicos” Rosario 2003.

Disponible en <http://insgenar.files.wordpress.com/2012/04/con-todo-al-aire.pdf>, consultado por última vez el 26/06/2013.

2) Violación del Derecho a la Información y a la toma de Decisiones.

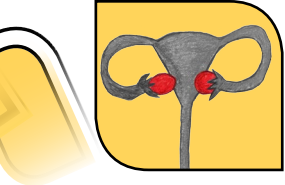
A las pacientes se les realizan prácticas en muchos casos sin previa consulta, en otras ocasiones sin que se les brinde información sobre el estado de su salud o las características de las intervenciones que se les realizarán. En consecuencia se les niega toda posibilidad de tomar decisiones libres y/o alternativas, en algo tan íntimo y personal como es su salud sexual y reproductiva. De las declaraciones del Reporte *Con todo al aire I* (2003), en muchas ocasiones surgen frases como “*firma acá*”, “*te tengo que ligar las trompas*”, “*te tengo que hacer cesárea*”, sin que estos mandatos vayan acompañados de ninguna información adecuada.

En un reciente artículo publicado por la periodista Mariana Carbajal^[38], reconocida por su defensa de los derechos de las mujeres, se visibiliza que en el sector privado hay casi un 60% de cesáreas, o a veces más, según las fechas. Cuando hay fines de semana largos o fiestas, se incrementan. En cambio, en el sector público rondan un 20%, según observa la ginecóloga Claudia Alonso, integrante de la entidad *Dando a Luz*, que se dedica

37.- Reconocida Jurista argentina, especialista en derecho de familia, profesora en Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires, autora de numerosos libros y publicaciones <http://www.gracielamedina.com/libros-publicados/> consultado por última vez el 19/06/2013.

38.- Disponible en:

<http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/subnotas/220852-63683-2013-05-26.html> consultado por última vez el 26/05/2013.



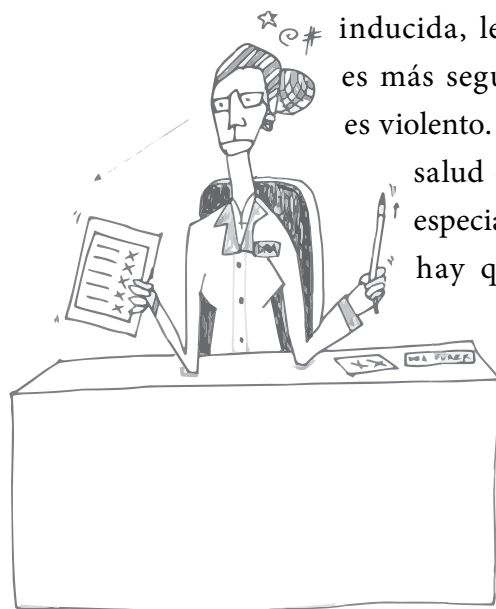
Violencia contra las mujeres

Quien calla otorga

5

a informar a las mujeres sobre sus derechos en torno del parto, para enfrentar el “abuso médico” en ese momento tan especial.

En la nota Alonso, también médica en una maternidad de un hospital del conurbano bonaerense agrega “No creo que todas las cesáreas que se hacen en clínicas privadas sean por necesidad. Puede haber mujeres que las demanden por temor al parto. Pero también hay mucha demanda



inducida, les hacen creer que es más seguro para ellas. Eso es violento. Es mercantilizar la salud de las mujeres”. La especialista consideró que hay que revalorizar en las maternidades a las parteras, para que trabajen con la mujer y no para los médicos. A veces, advirtió, ese rol se confunde

y terminan subordinándose a los médicos. Además,

destacó la importancia de un acompañante de la mujer que está por parir, ya sea un familiar, su pareja, una amiga.

Otro aspecto importante, que señala la especialista es “adaptar los tiempos fisiológicos a los tiempos institucionales y no al revés. A veces quieren liberar camas para otras mujeres o tienen otros compromisos u

otros partos, entonces aceleran los tiempos del parto”. De todas formas, subrayó que cada vez hay más personas dispuestas “a cambiar el modelo de atención médico-hegemónico” que todavía predomina.

3) Tratos Crueles, Inhumanos y Degradantes. Éstos se producen por la insensibilidad frente al dolor, el silencio, la infantilización, los insultos, los comentarios humillantes y los malos tratos, sobre todo en las mujeres que ingresan a los hospitales públicos con consecuencias de abortos inseguros, o con síntomas que generen tal sospecha al personal de salud. Cabe tener en consideración que en esta última situación las mujeres se encuentran en una situación de gran vulnerabilidad, debido a que la penalización de esta práctica -tanto legal como socialmente- las coloca en la disyuntiva de salvar su vida a riesgo de ser denunciadas, amenazadas o maltratadas.

Un ejemplo paradigmático de los insultos y humillaciones que sufren las mujeres son las siguientes frases oídas con regularidad de boca de operadores/as de salud “*si te gustó lo dulce ahora aguantátela...*” ó “*sacate la ropa, que ¿tenés vergüenza? Para abrirte no la tenías*”; también se constatan relatos reiterados de legrados practicados sin anestesia, lo que equivale a tortura^[39]. Como señala el informe *Con todo al aire II*

39.- Resultan ilustrativos en este sentido los testimonios dados en el libro “Con todo al aire II”, páginas 39 a 59 y www.insgenar.org.ar/observatorio



(2009:54) ésta es una situación que requiere un abordaje independiente. Las particularidades que presenta esta práctica se desprenden de la ilegalidad y penalización del aborto en nuestra legislación. Si bien muchas mujeres, cualquiera sea el sector social del que provengan, recurren al aborto, sólo las de escasos o nulos recursos económicos se ven forzadas a realizarlos en condiciones de gran precariedad e inseguridad. En consecuencia, si bien todas las prácticas abortivas no contempladas en las excepciones del Código Penal son clandestinas, la alta tasa de mortalidad por esta causa afecta a las mujeres que pertenecen a los sectores sociales con los que trabajamos habitualmente, ya que concurren a los servicios públicos de salud.

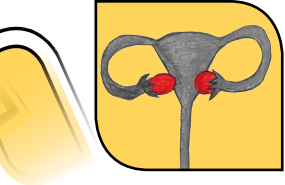
Graciela Medina concluye su trabajo señalando un punto que compartimos plenamente, la impunidad es la clave para la reproducción de esta violencia (2009:4). Si los malos tratos se originan en la atención post-aborto, las mujeres ni se plantean la posibilidad de denunciar cómo fueron atendidas. Ello por el temor a la denuncia penal y a las consecuencias de la criminalización^[40], por otra parte, en lugares alejados o zonas rurales, las mujeres se disuaden de realizar las denuncias por temor de perder la posibilidad de seguir usando ese “único” prestador.

Destacamos que, tal y como señala la ley 26.485, este tipo de violencia sólo puede ser ejercida por “el personal de la salud”. Una lectura simple de la norma podría hacer pensar que se limita a quienes se desempeñan en servicio ginecológico u obstétrico de un hospital, centro de salud o clínica, sin embargo el ámbito de legitimados/as activos es más amplio y comprende a todo el personal que trabaja en un servicio de asistencia sanitaria, tanto profesionales (médicos/as, trabajadores/as sociales, psicólogos/as) como colaboradores/as: mucamas/os, camilleros/as, personal administrativo, toda persona trabajadora de los servicios públicos o privados, que opere en los centros de salud, quienes trabajan en los cuerpos médicos forenses de los ámbitos provinciales, municipales o nacionales entre otras.

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, del Ministerio de Salud de la Nación cuenta con un mecanismo de denuncia ante la vulneración de derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, que puede incluso activarse por internet a través del siguiente enlace:

<http://www.msal.gov.ar/saludsexual/denuncias.php>

40.- En este punto es importante tener en cuenta el plenario del año 1966 Natividad Frías, que entendió que el aborto provocado no puede ser denunciado por el personal de salud que asiste a la mujer, porque ello supone tomar su cuerpo por confesión, vulnerando el principio constitucional de que nadie está obligado a declarar contra sí mismo., lo contrario sería ponerla ante una disyuntiva intolerable en el marco de los derechos humanos: elegir entre salvar su vida y la libertad. La evolución jurisprudencial puede consultarse en El valor de las decisiones judiciales para evitar la violencia contra la mujer. Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos y Argentina sobre derechos humanos de las mujeres Revista en Revista de Derecho de Familia y de las Personas, N 1 setiembre 2009, ed. LL



5.2.- DERECHOS SEXUALES^[41]

Ante algunas situaciones de abuso en las intervenciones socio-sanitarias entendemos central clarificar cuál es el marco legal regulatorio, cuáles son los derechos en juego.

* **El derecho a disfrutar de una sexualidad libre y gozosa:** tiene que ver con el desarrollo de la vida y de las relaciones interpersonales y no meramente el asesoramiento y la atención respecto de la reproducción y enfermedades de transmisión sexual.

* **El derecho a la atención a la salud:** todas las personas tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física y mental (OMS), lo que implica, en el caso concreto que estamos analizando:

1) Tener acceso a la atención y servicios de salud sexual y reproductiva, independientemente de la objeción de conciencia de los y las proveedoras de los servicios de salud;

2) No medicalizar procesos naturales y circunstancias vitales de las mujeres, tales como la menstruación, la menopausia, el embarazo, parto entre otras.

* **El derecho a la privacidad:** todas las personas tienen derecho a la confidencialidad en relación a los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva y a los registros médicos; a especificar el consentimiento para dar a conocer informes sobre su caso o persona, a controlar la divulgación de información en relación a sus preferencias sexuales, historia sexual, parejas, comportamientos sexuales.

* **El derecho a la igualdad:** Ninguna persona puede ser discriminada o coaccionada en virtud del ejercicio de sus derechos sexuales.

* **El derecho a la información y educación:** suficientes para garantizar que cualquier decisión relacionada con la propia vida sexual y reproductiva, se tome con consentimiento pleno, libre e informado. Importa que todas las personas tengan acceso a la información relacionada con la sexualidad en un lenguaje comprensible y libre de sesgos.

41.- Se encuentran incorporados a la Constitución Nacional a través de la ratificación de nuestro país de la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres (CEDAW) la cual tiene jerarquía constitucional; y su protocolo facultativo. También por la ley nacional 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y la ley 26.150 que regula la Educación Sexual Integral. La provincia de Mendoza cuenta así mismo con un Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva, además de la legislación internacional apuntada en los capítulos anteriores.

5.3.- DERECHOS REPRODUCTIVOS Y NO REPRODUCTIVOS

Establecemos esta diferencia porque está estrechamente vinculada a mitos y estereotipos que hemos abordado a lo largo del presente manual, como los que identifican mujer con madre, los que afirman que la maternidad es algo natural y no un constructo social que cambia en el tiempo, en los espacios geopolíticos, en las experiencias vitales de las mujeres.

En atención a ello nos interesa realizar metodológicamente esta diferencia porque la salud sexual excede, sobrepasa la salud reproductiva. Las relaciones sexo-afectivas sólo algunas veces, entre algunas personas que así lo deciden, pueden dar lugar a la reproducción. Hemos de tener esto particularmente en cuenta para no sesgar nuestras intervenciones asumiendo por ejemplo que todas las personas quieren pasar por la experiencia de la reproducción, o que todas las personas que desean hacerlo son heterosexuales.

Así entre los derechos reproductivos y no reproductivos destacamos:

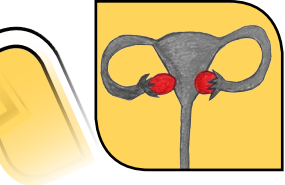
*** El reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente tener hijos/as o no tenerlos, y en su caso el número de ellas/os y el espaciamiento de los nacimientos:** ello compromete directamente el acceso a anticoncepción, a elegir un método

adecuado, cómodo y sostenible por la persona que se trate, a acceder entre los métodos contraceptivos a los quirúrgicos: ligadura tubaria y vasectomía, a acceder a la anticoncepción de emergencia y a abortos en las situaciones amparadas por la legislación y claro está, en forma transversal a disponer de la información para tomar decisiones libres y autónomas.

*** El derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva:** lo que compromete además de la vigencia de los anteriores el acceso a atención médica libre de discriminación, revictimización, violencia obstétrica e institucional en los casos de atención post-aborto, en los cuales se ha de garantizar además de acceso a la salud, la confidencialidad y seguridad de las mujeres.

*** El derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones o violencia:** por ejemplo cuando se decide asumir maternidades sin pareja, o entre personas del mismo sexo-género, o personas viviendo con VIH.

A continuación desarrollaremos algunas prácticas médicas vinculadas al acceso de las mujeres al derecho a la salud, como derecho humano. Tales prácticas tienen la potencialidad de ser garantizadoras u obstaculizadoras



del acceso a la salud de las mujeres y ello depende entre otras cosas de la valoración de criterios de oportunidad y necesidad de las mismas, de cómo se hagan, de cuál sea el trato que reciban las mujeres, si como sujetas autónomas o como niñas sometidas a tutela; del conocimiento y respeto a las leyes por parte del personal sociosanitario. Nos detendremos en las que más confusiones o problemas de acceso presentan, según nuestras experiencias de formación a operadores/as sociales de salud y de justicia de Mendoza.

5.3.1.- Ligadura tubaria y anticoncepción:

Nos detendremos en ello, por lo extendido de los obstáculos ante la contracepción quirúrgica y el acceso a métodos anticonceptivos.

Tal y como se desprende del capítulo anterior, destacamos que, en función del derecho humano, constitucionalmente protegido (art. 75 inc 22) que tienen las mujeres a decidir si tener hijos/as o no tenerlos, y en caso de elegir tenerlos/as, el momento y el espaciamiento entre nacimientos, **el acceso a contracepción quirúrgica y a métodos anticonceptivos libremente escogidos, traduce derechos humanos.**

Cada dilación, obstáculo, procedimiento no exigido por la ley para acceder a una ligadura tubaria, **da cuenta de una situación de violencia institucional**, contra la libertad reproductiva de las mujeres, en el subsistema público de salud.

Señalamos esto porque en las diferentes experiencias de formación realizadas en la provincia, hemos tomado contacto con mala praxis de

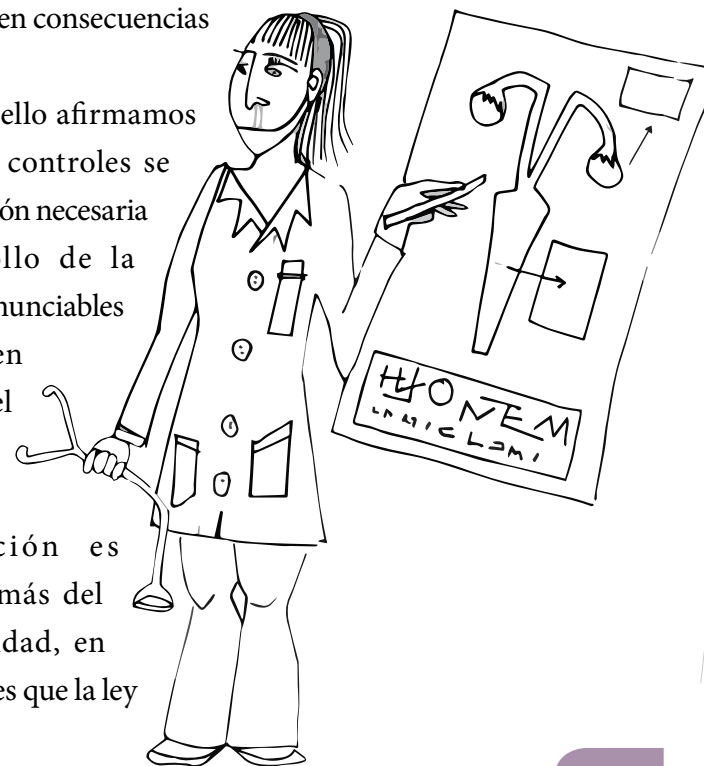
profesionales, como la de exigir *informes* para acceder a contracepción quirúrgica, sean médicos, psicológicos, sociales, o la acumulación de todos ellos.

Tales informes son absolutamente innecesarios en tanto la ley que regula el derecho exige exclusivamente **consentimiento informado**.

Una pregunta que surge a primera vista es por qué se piden este tipo de exámenes cuando lo que está en juego es que las mujeres decidan sobre sus cuerpos, su capacidad reproductiva. Llama poderosamente la atención que el ejercicio de autonomía dé lugar a este tipo de controles ilegales, que por otro lado no se exigen para otras prácticas médicas, aún cuando acarreen consecuencias permanentes.

En atención a ello afirmamos que cuando esos controles se alzan como condición necesaria para el desarrollo de la autonomía, son denunciabiles en tanto traducen obstáculos para el acceso a derechos humanos.

Esta situación es vulneratoria además del derecho de igualdad, en tanto tales controles que la ley





no pide, sin embargo, son exigidos en el subsistema público de salud. Asistimos así a un tratamiento desigual para las mujeres que posean obra social nacional o provincial, algún seguro privado de salud o no posean cobertura y acudan a la sanidad pública.

También nos hemos encontrado durante las formaciones realizadas con efectores sanitarios, la disminución en algunos lugares de los turnos de quirófano. Tratándose de derechos humanos, esta situación vulnera el **principio de progresividad/no regresividad** que rige el reconocimiento y ejercicio de la salud sexual y reproductiva.

Algunas aclaraciones y conclusiones

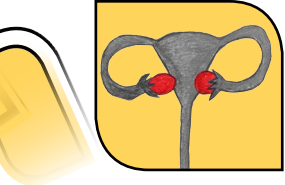
- * El estado provincial debe garantizar, que los actos médicos y quirúrgicos por ligadura de trompas y vasectomía sean realizados **sin obstáculo alguno**
- * La ley provincial 7456, en tanto ley anterior y más restrictiva, cede ante la ley nacional, más garantizadora de derechos, la ley 26.130.
- * Ninguno de los requisitos que exija la ley para la realización de las prácticas de contracepción quirúrgica puede contradecir y/o limitar la **autonomía** de quienes quieran acceder a ligadura

tubaria o vasectomía, protegida por el llamado “bloque de constitucionalidad”.

* El **consentimiento informado** es el único requisito de acceso a las prácticas que exige la ley, respecto de todas las personas capaces y mayores de edad (18 años). Debe ser cumplido por el/la profesional médico/a interviniente, en forma individual o preferentemente por un equipo interdisciplinario, quienes deben informar en términos comprensibles adaptados a las necesidades del/a solicitante y brindar consejería sobre:

- A.** Naturaleza de la práctica a realizar e implicancias sobre la salud,
- B.** Alternativas de utilización de otros anticonceptivos no quirúrgicos,
- C.** Características del procedimiento quirúrgico, sus posibilidades de reversión, ventajas, riesgos y consecuencias.

Debe dejarse constancia en la historia clínica de haber proporcionado dicha información. No debe requerirse consentimiento del cónyuge ni autorización judicial; esto último, sólo en los casos de personas declaradas judicialmente incapaces.



Violencia contra las mujeres

Quien calla otorga

5

La legislación no exige indicación médica, siendo suficiente el consentimiento informado de la/el solicitante. Así la indicación terapéutica en contra de la voluntad de las personas sobre cuyos cuerpos se intervenga, vulnera sus derechos humanos, claro ejemplo de ello han sido por ejemplo las esterilizaciones forzosas implementadas por ejemplo por el régimen fujimorista en mujeres pobres.

* **La reversibilidad no es un requisito legal**: las técnicas de ligadura tubaria como de vasectomía no son reversibles en el cien por ciento de los casos. Si bien es posible revertir sus efectos mediante microcirugía para repermeabilización o recurriendo a técnicas de reproducción asistida, la literatura actualmente disponible dice que el éxito de estas prácticas de recanalización es variable, por ello los métodos de infertilización quirúrgica son considerados de carácter “permanente” aunque no definitivo. De conformidad a ello la ley nacional no exige reversibilidad, sería absurdo que la ley exigiera lo que la ciencia no puede garantizar.

* **La ley 26.130 es de aplicación directa**: ¿Qué ha sucedido en las provincias que no tenían un régimen legal sobre anticoncepción quirúrgica? ¿Pueden sus habitantes requerir la realización de las prácticas? Sí, pueden, ya que no es necesario que las provincias

adhieran a la norma nacional para que las mujeres y varones que deseen realizarse estas prácticas puedan hacerlo en sus respectivas jurisdicciones. Todas las provincias están obligadas a realizar ligaduras y vasectomía, desde el momento mismo de la entrada en vigor de la ley nacional.

* La ley 26.130 **prevé gratuidad**: este método contraceptivo debe ser brindado sin cargo en el sistema público de salud, las organizaciones de seguridad social y las entidades de medicina prepaga, las que tienen la obligación de incorporar esas prácticas a su cobertura.

¿Qué sucede en las provincias que tienen regímenes más restrictivos? (Mendoza): Las leyes provinciales deben ceder ante las disposiciones de la Ley 26.130 que protege de manera más amplia los derechos en juego.

¿Y en las provincias que no tenían regulado el ejercicio de este derechos pero ahora pretenden reglamentarlo? Ninguna jurisdicción podría dictar normativa legal o reglamentaria que establezca más requisitos o condiciones que resulten restrictivos del ejercicio del derecho a acceder a las ligaduras o vasectomías. Pueden reglamentar el derecho regulado en la ley nacional, pero nunca restringirlo.



5.3.2.- Parto humanizado^[42]

❖ ❖ ❖ Sobre la medicalización del parto ❖ ❖ ❖

Para muchas mujeres el parto no ha significado en su historia de vida una elección, ni un acto consciente. Desde tiempos inmemoriales, el parto se asoció con el miedo, con la angustia física, con la muerte y con todo un torrente de supersticiones, falta de información e investigación tanto por las teorías teológicas como por las médicas. El parto se asoció al dolor tanto en las sociedades primitivas como en las posindustriales. La experiencia del dolor es histórica, está encuadrada en la memoria y las expectativas, al mismo tiempo que es relativa.

Durante siglos las mujeres carecieron de medios para prevenir el embarazo y llevaron consigo la sanción bíblica de la maldición de Eva hasta la sala de partos. En el siglo XIX aparecieron y se extendieron posibilidades médico/tecnológicas de eliminar o disminuir el dolor y el trabajo de parto. Esto en muchos casos se tradujo en intromisión médica sobre los cuerpos, las vidas, las decisiones de las mujeres, deshabilitando en éstas, con miedos o amenazas, las posibilidades de sentir, vivir, padecer, habitar sus cuerpos. Si bien apuntamos que la opción de la anestesia, como tal, como alternativa y no mandato, es elegida o deseable por muchas mujeres y no hay nada sancionable en ello, destacamos los sesgos en la intervención socio-sanitaria que promueven la sobre-medicalización de procesos como el parto. Las únicas formas posibles de disminuir el

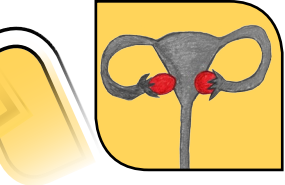
dolor que han sido promovidas por el sistema de salud público y privado, son aquellas mediadas por fármacos e intervención médica: epidural o anestésicos similares y abusivas programaciones de cesáreas.

Existen también corrientes críticas de este tipo de intervenciones, que promueven la reapropiación por parte de las mujeres, de esta experiencia y la toma de decisiones autónomas e informadas. Entre las medidas en las que hay consenso en fomentar y exigir a la práctica médica vinculada al parto están el respeto por los tiempos de parto de cada mujer particular, por las posiciones elegidas para parir (en lugar de la camilla de partos a comodidad del médico/a), la compañía deseada en ese momento, entre muchas otras.

Destacamos que **la obligación de permanecer en la llamada posición ginecológica durante el proceso del parto, dificulta, prolonga y/o imposibilita el nacimiento del o la bebé, además de aumentar el esfuerzo y dolor para las mujeres.**

Fue un médico, Francois Mauriceau, quién descubrió en 1738 la posición que todavía hoy se imponen a la gran mayoría de las mujeres para parir: acostada boca arriba. Mauriceau acuñó científicamente su descubrimiento y llamó a esta posición “decúbito supino”. Supino de acuerdo con la definición del diccionario quiere decir boca arriba, inclinado, pendiente, pero también se refiere a la ignorancia que procede de negligencia. Descuidado, negligente, indolente. Esta posición horizontal imposibilita a las mujeres parir por sí mismas. Cuando la o el médico, interfiere en los partos, disminuye la potencia fisiológica mecánica de las mujeres.

42.- Por Rosana Paula Rodríguez.



Violencia contra las mujeres

Quien calla otorga

5

El parto es un proceso humano, fisiológico, natural, mediado culturalmente. En nuestro tiempo, en occidente, asistimos a la apropiación del mismo por gran parte de las ciencias de la salud, que lo consideran un acto médico, medicalizable. Frente a ello es que afirmamos que ni el nacimiento en sí, ni el parto son una enfermedad o una operación quirúrgica.

❖ ❖ ❖ Cesáreas ❖ ❖ ❖

Unas 850.000 cesáreas son practicadas innecesariamente cada año en América Latina, la región con mayor índice de partos quirúrgicos del mundo. En la Argentina, actualmente se hacen cada año al menos 70.000 cesáreas evitables, en los hospitales y clínicas del sistema de salud pública. Eso significa que el 25,4 por ciento de los partos atendidos por la salud pública en nuestro país terminan en cesárea, lo que excede el porcentaje ideal establecido por la Organización Mundial de la Salud, que es del 15%. Si bien no hay cifras precisas, se sabe que en el ámbito de la salud privada el porcentaje de partos quirúrgicos es aún más elevado y en algunas clínicas privadas llega al 70 por ciento^[43]. Según un informe elaborado por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el que se estudió la proporción de cesáreas y de partos naturales en 36 hospitales repartidos por Argentina, Brasil, Cuba, México y Guatemala, entre el 25 y el 30%

de los partos fue por cesárea, de un total de 150.000 partos. Aunque la cesárea en muchos casos salva la vida de mujeres y bebés, en otros produce (innecesariamente) complicaciones de salud. La mortalidad materna aumenta hasta 10 veces en comparación con el parto natural y también crecen las posibilidades de sufrir infecciones o hemorragias.

Traemos a cuenta, en relación a lo señalado, un valioso antecedente de investigación comenzado en el año 1982 por la socióloga María del Carmen Brion sobre la práctica de cesárea en la Argentina. La misma, seis años después, en 1988 decide realizar una denuncia penal por derecho propio, como defensora de los derechos difusos de otras mujeres, sobre la práctica indiscriminada de cesáreas en los hospitales y clínicas de nuestro país. Denuncia, que no tenía antecedentes en el mundo, produce que por primera el fuero criminal se ocupe de investigar las condiciones en que se fuerza a parir a las mujeres. La causa penal de competencia federal tiene el número 43.200, la misma fue llevada adelante por el juez federal Néstor Luis Blondi. En 1990, una resolución dictaminó, luego de una ardua investigación en todo el país, la comprobación de los hechos denunciados. Posteriormente, la misma fue sobreseída de manera provisional. A partir de esta presentación en los Tribunales empieza a adquirir notoriedad nacional la práctica indiscriminada de la cesárea.

María del Carmen Brion denunciaba que la Argentina es el país que tiene la tasa de cesárea más alta en el mundo, mientras que en países como Japón y Holanda la proporción de cesárea, es de 7%. De 2.000 mujeres que paren por día, a 1.000 de ellas se las hace pasar por una cesárea. La autora señala que como mínimo 800 de esas cesáreas son

43.- Datos obtenidos del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con sede en Montevideo, Uruguay. <http://www.paho.org/clap/>



injustificadas. (Brion, María, 1995: 11-14). A éstas se las conoce como “cesárea fenicia” que es aquella practicada, no para salvar la vida de las mujeres o los bebés, sino para lucrar con honorarios y gastos mayores que los que son requeridos por un parto espontáneo.

La Sociedad Argentina de Pediatría argumentó que: “la cesárea al ser una intervención quirúrgica implica múltiples riesgos:

En las mujeres:

- A.** Anestésicos: Hipotensión, reacciones alérgicas, entre otros.
- B.** Quirúrgicos: hemorragias, entre otros.
- C.** Posoperatorio inmediato: infecciones varias, entre otros.
- D.** Emocional: estrés, dolor alteración del vínculo madre-hijo, alteración de la lactancia, entre otros.

En el/la recién nacido:

- A.** Anemia si se produce hemorragia placentaria
- B.** Distress respiratorio, por falta de expulsión del líquido pulmonar al no pasar por el canal de parto.

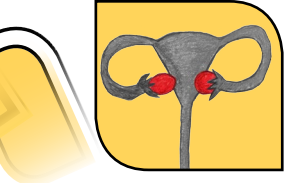
Y en ambas:

Alteración del vínculo madre- hijo (Brion, María, 1995: 19-20).

❖ ❖ ❖ Maniobras brutales ❖ ❖ ❖

La historia de la obstetricia tiene personajes claves que nos han legado sus maniobras brutales como la maniobra de Kristeller o la de Credé. Hay decenas de *prácticas profesionales* que equivalen a formas de violencia institucional, obstétrica. La maniobra de Credé consiste en una brutal presión ejercida sobre el vientre de la parturienta para que expulse la placenta que no puede salir porque la mujer está acostada” (Brion, María, 1995: 32-33) Todavía se sigue arrancando las placentas a las mujeres mediante este *procedimiento*. Las placentas arrancadas dejan restos microscópicos que muchas veces son causa de infección y hemorragias. La infección postcesárea se debe, en la mayor parte de los casos, a estos restos placentarios que quedan después de la extracción manual de la placenta.

En 1923 Johann Kreis de la Escuela de Estrasburgo, en un congreso sobre fiebre puerperal expone que la bolsa de aguas, las membranas ovulares constituyen un obstáculo para que evolucione el parto. Ante esto él decide aconsejar su ruptura cuando el cuello del útero, el cerviz, tenga dos centímetros de dilatación, e indica el uso subcutáneos de antiespasmódicos. Kreis sabía que la ruptura de la bolsa produce dolorosísimos espasmos en el útero. Al romper la bolsa, el o la bebe pierde la protección que el líquido amniótico le daba, especialmente a su delicado cerebro, que es afectado por la movilidad uterina causada por las contracciones. Esta práctica tiene también vigencia bajo el nombre de parto médico o parto dirigido.



Violencia contra las mujeres

❖ ❖ ❖ **Fórceps** ❖ ❖ ❖

Las lesiones graves ocasionadas por el fórceps son: desgarro de periné de tercer grado, que afecta el esfínter rectal y puede afectar o no la pared del recto, desgarro o rotura de la uretra o la vejiga, desgarro del cuello uterino extendido al segmento inferior, lesiones paralíticas por traumatismos en el plexo sacro. Entre las lesiones maternas moderadas figuran: desgarro de la vulva y periné de primero y segundo grado, desgarro de vagina, desgarro del cuello uterino. Para el o la bebé: traumatismos neuromusculares capaces de originar estrabismo, traumatismos craneanos que suele originar la muerte fetal y otras veces hemorragias encefálicas que pueden reabsorberse paulatinamente y dejar secuelas, según sea su extensión y su localización, con las consecuencias previsibles: idiocia, epilepsia, trastornos de locomoción, entre otras.

❖ ❖ ❖ **Medicación** ❖ ❖ ❖

Se advierte que el uso de anestesia peridural suele incrementar la frecuencia de fórceps. En la Argentina el 90% de los partos son provocados mediante la utilización del goteo de ocitocina, la rotura de la bolsa y el eutocol. La sobredosificación de ocitocina es habitual porque la droga se administra por goteo y en forma continua. En caso de ser indispensable su empleo, debe hacerse en forma pulsátil por medio de una bomba de infusión en pulsos.

La provocación indiscriminada del parto con ocitocina ya ha sido denunciado en múltiples oportunidades, en 1992, una denuncia penal

Quien calla otorga

5

logró que el juez a cargo solicitara a la Asociación Médica Argentina un informe pericial, el cual expresó: “experimentalmente se ha registrado que cuando la administración de dosis es muy alta, la respuesta de frecuencias es de tal grado que se acorta el tiempo entre contracciones, conllevando a una disminución del período durante el cual llega sangre a la placenta y por consiguiente dificulta la oxigenación fetal. Por último las dosis mayores a las expuestas anteriormente se generan contracciones del útero, con enclaustramiento fetal, y aun ruptura del órgano”^[44].

Se han demostrado las contraindicaciones de la ocitocina, las interacciones y reacciones adversas, así como la incidencia de la sobredosificación, entre las que se destacan muertes maternas debida a episodios hipertensivos, hemorragia cerebral, ruptura de útero; muertes fetales por varias causas y daño cerebral en el o la bebé asociadas con el uso de esta droga.

❖ ❖ ❖ **Episiotomías** ❖ ❖ ❖

A pesar de que desde hace décadas se sabe que, salvo en contados casos, la episiotomía no sirve para prevenir los desgarros durante el alumbramiento, este corte que se realiza en el periné para agrandar el canal de parto es empleado en forma rutinaria. Un estudio que se realizó recientemente en la Argentina reveló que al 85% de las mujeres se les efectuaba episiotomía en su primer parto. La experiencia de países

44.- Para mayor información ver Causa N° 54 452, Juzgado nacional en lo Criminal de Instrucción N°3, foja 258-273.



desarrollados que han abandonado el uso rutinario de esta práctica, muestra que con tasas de episiotomía inferiores al 10% la incidencia de los desgarros durante el parto es la misma.

❖ ❖ ❖ Rasurado ❖ ❖ ❖

Otra práctica innecesaria pero de uso rutinario en la Argentina es el rasurado pre-parto. Durante años se pensó que eliminar el vello perineal antes del alumbramiento permitía disminuir el riesgo de infección de las mujeres. Sin embargo, hace otros tantos que consta que muy al contrario, este rasurado puede generar pequeños cortes que son más peligrosos que el vello y que pueden causar infecciones. Esta práctica se sigue realizando por comodidad médica, ya que permite suturar con mayor facilidad los desgarros o la episiotomía misma.

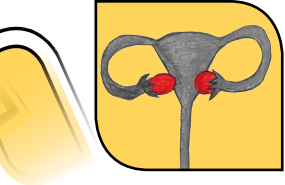
❖ ❖ ❖ Enema pre-parto ❖ ❖ ❖

Otra práctica tan inútil y tan rutinaria como el rasurado, es el enema preparto, que muchas mujeres prefieren practicarse antes de concurrir a la maternidad. Práctica que debería haber sido abandonada por falta de evidencia científica a favor, lo que motiva su uso es evitar la contaminación del perineo con materia fecal durante el parto, para así, reducir las infecciones luego del nacimiento. Además, en algunos casos sus efectos son contrarios a los buscados, es común que la enema

se realice muy poco tiempo antes del parto y lo único que se logra es aumentar la evacuación.

❖ ❖ ❖ Sobre el parto vertical ❖ ❖ ❖

En nuestro país, el médico Tucho Perrusi (1918-1977), redescubrió la importancia del parto vertical. En 1970 afirmaba que “El parto horizontal no sólo no es fisiológico, sino que además es antinatural, inútil, extenuante e improductivo, requiriendo del arsenal terapéutico, instrumental y topológico para lograr un resultado para el cual la mujer, igual que para defecar u orinar, está biológicamente facultada para lograrlo sola y sin ayuda.” (Brion, 1995: 35) Las ventajas del parto vertical son muchas, la más obvia es la ayuda de la gravedad. Así mismo, en la posición sentada o de cuclillas, el útero realmente puede descansar entre pujo y pujo, haciendo cada impulso más fuerte y eficaz. Además, en esta posición, las mujeres pueden ayudarse con todo el cuerpo para hacer fuerza, empujando con la espalda, utilizando los muslos, buscando su comodidad. Además se ha comprobado que la acción gravitatoria del feto sobre el orificio interno del cuello uterino actúa como factor excitador de su relajación y como consecuencia, la dilatación es mayor. Otra cosa importante que señalaba es que el feto expulsado arrastra la placenta, la cual comúnmente se queda adentro del útero después del parto horizontal y debe ser extraída con mucha incomodidad, incluso dolor.



❖ ❖ ❖ Sobre el parto humanizado ❖ ❖ ❖

El parto humanizado plantea un nuevo concepto para parir y para nacer, al mismo tiempo que cuestiona la deshumanización del nacimiento actual. Es en la práctica profesional hegemónica donde se encuentran muchas de las razones de esa deshumanización, a lo que hay que sumarle los recursos estatales -escasos- asignados a la mejora de las mismas y el desarrollo de alternativas respetuosas de los derechos de las mujeres. En esta línea trabajan algunos/as profesionales y muchas mujeres que abogan por este tipo de nacimiento humanizado, muchas acompañadas por sus parejas, amigos/as o familiares, han tomado conciencia de que tienen derechos que no pueden ser avasallados con la excusa de un mayor control y prevención de complicaciones en el parto, que a su vez son generadas por el sistema mismo en muchos casos. Son las mujeres quienes deben tener las posibilidades e información necesaria para decidir cómo parir. Recurrir a la medicina no puede significar renunciar a esos derechos y entregarse ciegamente a prácticas que patologizan el parto, cosifican a mujeres y bebés, priorizando criterios mercantilistas.

No desconocemos con ello que hay casos que requieren la medicalización de los nacimientos y eso precisamente es lo que ha servido para salvar muchas vidas de mujeres y bebés, pero sí denunciemos la sobre-medicalización y las intromisiones profesionales. El parto humanizado

tiene como objetivo que todas las mujeres vivan esta experiencia de la forma más enriquecedora posible, a la vez que tengan la libertad de elegir sobre la forma en que desean que nazcan sus hijos/as. El parto humanizado requiere que todas las decisiones y procedimientos sean para el bien de las mujeres atendidas por el sistema de salud, con el fin de servir a las necesidades individuales y deseos particulares de cada mujer, como así lo señalan las recomendaciones de la OMS^[45].

Para evitar la violencia y humanizar el parto, hay que cuestionar estas prácticas siempre que se hagan por rutina. El llamado acompañamiento continuo durante el alumbramiento todavía no ha sido adoptado en muchas instituciones médicas del sector público. Es necesario conocer y respetar los tiempos del proceso fisiológico de cada mujer, sabiendo que un trabajo de parto puede llevar 12 horas o más en condiciones de salud, por lo que no deben imponerse los tiempos del/la médico/a o la institución, ni su insistencia en apelar a la medicación. Se deben respetar los procesos naturales del organismo, como la segregación de endorfinas causada por el hipotálamo y la hipófisis, que permiten a las mujeres afrontar los dolores del parto.

La actitud paternalista desde la intervención socio-sanitaria limita el espacio para que las mujeres puedan, en el momento del parto, decidir cómo quieren que éste sea.

45.- Documento de Organización Mundial de la salud, extraído de <http://www.who.int/topics/labour/es/>



Las mujeres tienen una serie de derechos regulados por nuestra legislación y por tanto exigibles, en relación al parto, entre los que destacamos:

- * El derecho a elegir el o la profesional que la atenderá,
- * El derecho a manifestar durante los controles prenatales cuáles son sus preferencias y decisiones con relación a temas que van desde la episiotomía, enema, rasurado, medicación y cesárea; hasta el lugar y el tiempo para parir, y exigir que sean respetadas.
- * El derecho a negarse a tales prácticas cuando no son deseadas ni necesarias.

5.3.3.- Aborto no punible^[46]

*... el sentido opresivo del poder
cobijado en los saberes institucionalmente controlados ...
Monique Wittig (1992: 106)*

Promovemos una lectura del art 86, 2ª parte, inc 1º Código Penal, garantizadora de los derechos humanos de las mujeres y acorde al fallo del año 2010, llamado “A. F. s/medida autosatisfactiva” del máximo tribunal del país^[47]. En función de ello entendemos que debe garantizarse en el

46.- Por Patricia Gonzalez Prado

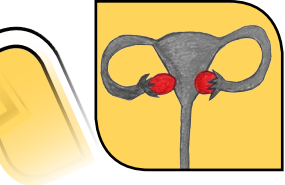
47.- La Corte Suprema, por unanimidad y por el voto conjunto del presidente Lorenzetti, de la vicepresidenta Highton de Nolasco y de los jueces Fayt, Maqueda y Zaffaroni, y por los votos individuales de los jueces Petracchi y Argibay, confirmó la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de

subsistema público de salud los siguientes casos de abortos no punibles^[48]:

- A.** El realizado con el consentimiento de la mujer y practicado por un/a médica cuando no existe otro medio para evitar un peligro para la vida o la salud –física o psíquica– de la mujer.
- B.** Cuando el embarazo fue causado por una violación respecto de una mujer sana mentalmente.
- C.** Cuando el embarazo es producto de un acceso carnal con mujer menor de trece años.
- D.** Cuando el embarazo es producto de un acceso carnal con mujer que por alguna otra razón (por ejemplo, deficiencias mentales) no pudo consentir el acto sexual.
- E.** Cuando el embarazo no es producto de acceso carnal, sino de cualquier acción no consentida contra cualquier mujer.

Chubut que, en marzo de 2010, autorizara la realización de la práctica de aborto respecto de la joven A.G. de 15 años de edad, quien quedara embarazada como consecuencia de haber sido violada por su padrastro. De esta manera, rechazó el recurso extraordinario que, en representación del nasciturus, interpusiera el Asesor General Subrogante de la Provincia de Chubut. El fallo completo está disponible en <http://www.cij.gov.ar/nota-8754-La-Corte-Suprema-preciso-el-alcance-del-aborto-no-punible-y-dijo-que-estos-casos-no-deben-ser-judicializados.html> consultada 07/06/2013.

48.- En el mismo sentido en setiembre de 2010 la Asociación Argentina de Profesores de Derecho Penal (AAPDP), realizó una declaración en la que señalaron cómo han de interpretarse las causales integrando el ordenamiento jurídico, en el actual marco de derechos humanos, disponible en: <http://www.aapdp.com.ar/declaraciones.html> consultada el 15 de enero de 2011



❖ ❖ ❖ Algunas precisiones ❖ ❖ ❖

La primera consideración, el primer presupuesto que entiendo debe incorporarse para interpretar este artículo, es la referencia obligada al concepto de **salud integral**. La Corte Suprema de la Nación, expresamente ha reconocido que la salud debe entenderse tal como ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud, “[...] en su más amplio sentido, como el equilibrio psico-físico y emocional de una persona [...]”^[49]. Este concepto está estrechamente vinculado al de riesgo en tanto éste aparecerá ante la amenaza a cualquiera de estos aspectos.

En línea con ello no podemos desconocer que si una mujer vive, experimenta un embarazo como riesgoso, como amenazante para su proyecto de vida, su **salud se pone en riesgo por su continuación y la única manera de evitarlo es interrumpiendo ese embarazo vivido como amenazador a nuestra salud integralmente considerada**.

Es importante tener en cuenta que el riesgo es complejo, subjetivo y multicausal, se vincula tanto a constricciones externas como a las intraindividuales; en particular en los casos de aborto no punible, entiendo que tiene mucho que ver con el impacto de ser expropiadas del primer territorio de ciudadanía de toda persona, el propio cuerpo.

En este sentido, destacamos lo señalado por la jurista italiana Tamar Pitch (2003:82):

49.- Fallo CSJNY. 112. XL. Acción de Amparo. Derecho a la Salud. Intervención de ligadura de trompas. 06-JUNIO-2006 “YAPURA Gloria Catalina C/ Nuevo Hospital El Milagro y Provincia de Salta S/ Amparo”.

...quedarse embarazada, es algo que sucede en la medida en que se es mujer, algo que está en conexión con la experiencia heterosexual femenina, un acontecimiento inscrito en las capacidades reproductivas de las mujeres y contemporáneamente en un régimen de sexualidad fuertemente marcado por la dominación de un placer sexual masculino que coincide con el coito. Lo que en cualquier caso la experiencia femenina parece decir es que el acontecimiento de la concepción (e incluso el eventual deseo de concebir) no implica necesariamente un proyecto y menos aún un deseo de maternidad....

Resulta indudable entonces que cuando estamos ante situaciones de aborto en general, y aborto no punible en particular, estamos ante una clara marca de la diferencia sexual; lo que resulta violatorio de los derechos humanos de las mujeres y riesgoso para su vida y su salud es que dicha marca, pueda dar lugar a la imposición de una maternidad, un proyecto de vida, una lesión a la integridad psicofísica de las mujeres^[50].

El acceso al aborto no punible, en tanto integra los derechos reproductivos y no reproductivos es una cuestión central de derechos humanos que compromete el reconocimiento de condiciones de ciudadanía y autonomía. Hablamos de derechos humanos porque la violación de la ley de parte de operadoras/es de salud y justicia al obstaculizar abortos no punibles, expone a riesgos en la salud y la vida, a las mujeres.

En materia de aborto no punible, entendemos que la referencia a la **autonomía**, requiere garantizar procesos de toma de decisión, libres de prejuicios y estereotipos de género, de clase y étnicos, como mínimo.

50.- Coincido con Martha Rosenberg (2010:6) cuando destaca que cualquier mujer que no desea o no puede tener un hijx y queda embarazada contra su voluntad, está en riesgo para su salud y su vida. . . para aceptar un embarazo es necesario poder otorgarle a éste el sentido de trascendencia deseada de la propia sexualidad y la propia vida y no el de su avasallamiento por individuos o condiciones mortificantes. La salud, como la vida, excede ampliamente el campo de la medicina.



Es necesario contar con información veraz, fundada científicamente, respetuosa de los derechos humanos.

Otro punto que es necesario aclarar, por las malas prácticas profesionales de obstaculización de acceso al aborto no punible, es que estas situaciones legales **no requieren autorización judicial alguna**. Ni siquiera de pretendidos comités de ética médica, porque la soberanía proviene de la ley (arts. 44 y 75, inc. 12° CN). Una vez más la clave está en respetar la ley, este debate no tiene nada que ver con el despenalización/ legalización del aborto, sino que se trata de conocer la ley vigente desde 1922.

Así, entendemos que las obligaciones que conlleva la intervención socio-sanitaria ha de comprender como mínimo:

—•**A.** Diagnosticar si hay riesgo para la vida o la salud integral de las mujeres inevitable por otros medios en la continuación del embarazo

—•**B.** No judicializar el caso

—•**C.** Garantizar, como en cualquier otra práctica, acceso a la salud libre de violencia, confidencialidad y consentimiento informado. Este último es un tema central en los debates bioéticos

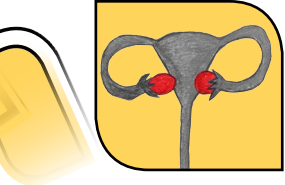
en tanto debe reunir mínimos, entre ellos destacamos los procesos de toma de decisión que habilita a niñas, adolescentes (autonomía progresiva) y mujeres adultas, todas ellas sujetas de derecho.

La *debida diligencia estatal* en materia de derechos humanos de las mujeres señala que los estados son responsables tanto de la violencia y la discriminación contra las mujeres que tengan lugar en la esfera pública, como la que sufran en la esfera privada de sus vidas. La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha sido pionera en desarrollar este principio/obligación, al afirmar que “[...] un hecho ilícito violatorio de los derechos humanos que inicialmente no resulte imputable a un estado, por ejemplo, por ser obra de un particular o por no haberse identificado al autor de la trasgresión, puede acarrear la responsabilidad internacional del estado, no por ese hecho en sí mismo, sino por falta de la debida diligencia para prevenir la violación o para tratarla en los términos requeridos por la Convención [...]” (Corte IDH, Caso Velásquez Rodríguez vs Honduras. Sentencia de Fondo, 1988, pár 172.)

❖ ❖ ❖ Algunos datos a tener en cuenta ❖ ❖ ❖

Una importante investigación impulsada por el médico Carlos Cardello, referente de las políticas públicas en salud en nuestra provincia^[51],

51.-Disponible en Fuente:
<http://www.losandes.com.ar/notas/2010/5/2sociedad-487327asp>
consultada por última vez el 07/06/2013.



Violencia contra las mujeres

analiza, a partir de las estadísticas proporcionadas por el Ministerio de Salud Nación, la situación de la mortalidad gestacional en nuestro país. Dicha investigación señala por ejemplo que Formosa tiene el mayor porcentaje de mortalidad materna y de cantidad de muertes por riesgo acumulado (criterio que considera la historia reproductiva de las mujeres y la posibilidad de muerte en los sucesivos embarazos) de todo el país. Ciudad Autónoma de Buenos Aires presenta un 7,1 por ciento de embarazo adolescente, mientras que en Chaco hay 24,2 por ciento y en Mendoza un 15 por ciento de embarazo adolescente.

El estudio da cuenta del grado de inequidad que existe en el acceso a los servicios de salud, a una atención adecuada y a la posibilidad que tienen las mujeres de planificar los embarazos de acuerdo con sus deseos y necesidades.

En el país el 30% de los casos de muerte gestacional se da por la interrupción del embarazo. En la actualidad, hay muchas más posibilidades de que una mujer egrese de un hospital público por aborto (espontáneo o provocado) que por haber sufrido un traumatismo o diabetes o hipertensión arterial. Todos estos datos surgen de la investigación referida que comprende información correspondiente al período 1998 y 2007, con registros de los hospitales públicos de todo el territorio nacional.

El ex director del área de Promoción y Atención Primaria del Ministerio de Salud de la Provincia, Carlos Cardello, en una entrevista que le realizaron desde un diario local, destacaba los siguientes datos de su estudio:

Quien calla otorga

5

- * En los nueve años de análisis que comprende el estudio hubieron 860 muertes que tuvieron como causa un aborto.
- * Durante los años 2005 y 2006, en la Argentina hubieron 126.569 mujeres que egresaron de los hospitales públicos con diagnóstico de aborto; esta cifra supera el número de féminas que egresó del nosocomio público con diagnóstico de hipertensión. “¿Esto qué muestra? Que más allá de la creencia religiosa y de todas las demás variables que se ponen en juego en esta temática tan compleja, el aborto es un problema de salud pública, y que hay que trabajar con políticas concretas: educación sexual y acceso a la salud reproductiva”, enfatizó Cardello.
- * La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que si el aborto se realizara en condiciones seguras, debería haber una muerte por cada 100 mil procedimientos practicados. En la República Argentina, entre los años 2005 y 2006, se registraron 112 muertes por aborto cada 100 mil procedimientos. *Por ejemplo, en la provincia de Jujuy, en esos años, se registraron 377 defunciones por abortos cada 100 mil procedimientos, en tanto que*
- * *en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires hubo 7 defunciones cada 100 mil. Esta brecha de inequidad es de las mayores registradas en los indicadores de salud reproductiva.*



* Después de haber analizado los datos nacionales entre 1998 y 2007, el médico afirmó que existe un subregistro de muerte materna cercano a 50 por ciento en el país. Esto significa que en el certificado de defunción no consta la condición de embarazada de la mujer fallecida; situación que lleva a consignar la defunción, pero no su carácter de muerte gestacional. Por ejemplo, se consigna defunción por infección, lo que no se explicita es que su origen fue un aborto.

RECURSOS

❖ ❖ ❖ Legislativos y bibliográficos ❖ ❖ ❖

* Ley 26.529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (2009):

<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>

* Compilación de leyes, decretos y textos abreviados de leyes que garantizan el cumplimiento derechos sexuales y reproductivos en la Argentina. Ministerio de Salud de la Nación, PNSSyPR, 2013.

<http://msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guias%20y%20cuadernillos/LEYES%20QUE%20AMPARAN%20TUS%20DERECHOS.PDF>

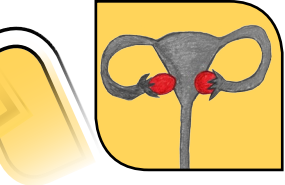
* Con todo al aire II:

<http://insgenar.files.wordpress.com/2012/04/con-todo-al-aire-2.pdf>

* Registro de buenas prácticas realizado por INSGENAR disponible en :

<http://www.insgenar.org.ar/observatorio/buenas.shtml>

* Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles (2007) El Ministerio de Salud de la Nación, a través del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable elaboró esta guía orientada a garantizar en los servicios públicos y obras sociales el acceso oportuno y en condiciones de igualdad a servicios de calidad para el aborto en los casos permitidos por la ley. Proporciona instrucciones técnicas validadas por la autoridad ministerial e implica en la intervención socio-sanitaria, el resguardo institucional de los y las profesionales de la salud, ya que a la hora de actuar en estos casos existe reticencia a cumplir con el procedimiento por temor a presiones y la vigencia del mito de la denuncia. La guía clarifica por ejemplo cómo actuar al recibir mujeres cuyos casos se enmarquen en los de aborto no punible; qué métodos pueden usarse (los procedimientos clínicos y quirúrgicos recomendados por la OMS para la interrupción de un embarazo, incluido el aborto con medicamentos), indicaciones de manejo de complicaciones del aborto, acciones para el seguimiento en el periodo de recuperación, entre otros puntos de interés. Puede descargarse gratuitamente de los siguientes enlaces:



Violencia contra las mujeres

Quien calla otorga

5

<http://www.msal.gov.ar/saludsexual/pdf/Guia-tecnica-web.pdf>

<http://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/WRGS/Governments/Argentina.pdf>

* Modelo de solicitud y consentimiento informado en casos de aborto no punible elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación

http://www.msal.gov.ar/saludsexual/aborto_no_punible.php

* Guía para el Mejoramiento de la Atención Postaborto (Resolución 989/2005) Ministerio de Salud de la Nación

http://www.msal.gov.ar/pngcam/resoluciones/msres989_2005.pdf

http://www.despenalizacion.org.ar/politicas_protocolos.html

* Ligadura tubaria: Información clínica y epidemiológica actualizada sobre ligadura tubaria. Expone marco legal, modelo de consentimiento informado y sugerencias para consejería. PNSSyPR – Ministerio de Salud de la Nación, Bs. As, 2009.

http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guias%20y%20cuadernillos/ligadura_tubaria.pdf

* Guía para usuarias “Píldora del día después”. Anticoncepción hormonal

de emergencia (AHE). Explica de modo sencillo y gráfico su acción en el ciclo ovulatorio, efectividad, efectos secundarios y qué hacer ante ellos. PNSSyPR – Ministerio de Salud de la Nación, Bs. As, 2007-2008.

* Anticoncepción Hormonal de Emergencia. Guía de Procedimientos para Profesionales de Salud

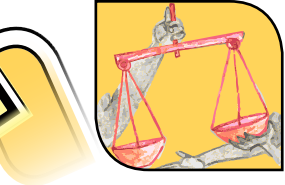
[http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guias_y_cuadernillos/AHE_guia_profesionales\[2\].pdf](http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guias_y_cuadernillos/AHE_guia_profesionales[2].pdf)

6

LA DENUNCIA/DEMANDA COMO POSIBILIDAD. ¿QUIÉN, CUÁNDO, CÓMO?



PATRICIA GONZALEZ
ALEYDA YANES



6.1.- ALGUNOS PUNTOS DE PARTIDA PARA PROMOVER INTERVENCIONES RESPETUOSAS CON LOS DERECHOS HUMANOS^[53]

—•**A. La denuncia^[54] es una posibilidad:** Lo primero que debemos saber es que la denuncia de una situación de violencia (sea estrictamente denuncia penal o demanda civil) es una posibilidad y quienes han de valorar esa posibilidad son las propias mujeres que se encuentran en situación de violencia de género (salvo que se trate de una niña o adolescente). La denuncia o demanda permite en algunos casos obtener medidas de protección legal, pero no es infalible; puede ser también una oportunidad de iniciar el proceso de desvinculación o separación, de hacer cesar la violencia en algunos casos o de obtener reparación a los daños sufridos. Es importante que sea un acto de autonomía de las propias mujeres, solo así será sostenible. Por ello destacamos que nunca ha de condicionarse la intervención socio-sanitaria al impulso o sostenimiento de la denuncia/demanda.

53.- Por Patricia Gonzalez Prado y Aleyda Yanes Bethencourt.

54.- Técnicamente hablamos de denuncia para referirnos al acto de poner en conocimiento de la justicia penal, hechos que verosíblemente constituyen delitos, para que ésta impulse una investigación al respecto que puede terminar en la absolución o condena del/a acusado/a. Por su parte hablamos de demanda cuando tal acto tiene lugar en el ámbito de la justicia civil o de familia, en los cuales el impulso e interés está a cargo de la actora. Esto explica que en este tipo de procesos poco se haga de oficio, a diferencia de lo que ocurre con las denuncias penales, que avanzan de oficio porque el principal interesado en la persecución de los delitos es el estado. Esto tiene como consecuencia por ejemplo, que los procesos en la justicia de familia, se inicien sólo ante los juzgados (no ante las comisarias) y requieran que la demanda sea instaurada por las propias mujeres en forma personal o, en caso excepcional, por un tercero (casos de imposibilidad o incapacidad de las mujeres art. 24 ley 26.485).

—•**B. Importancia del acompañamiento informado:** Es función de los y las operadoras socio-sanitarias acompañar ese proceso, pero no forzarlo ni desincentivarlo. Se debe brindar la información necesaria para conocer cuáles son las posibilidades que abre la denuncia y hacer una derivación responsable para que las mujeres obtengan asesoramiento legal. Sin embargo pocas veces constatamos esta práctica. Las razones son variadas, pero tienen centralmente que ver con el mito, el prejuicio de que la violencia contra las mujeres es un “asunto privado”, “de cada pareja”, en el que es “mejor no meterse y que se las arreglen”. Hablamos de prejuicio porque la violencia contra las mujeres es una problemática social y de salud pública.

—•**C. Derivaciones responsables:** También se pone en juego el desconocer hasta dónde llegan las obligaciones de denunciar, cuál es la red de derivaciones, qué recursos disponibles hay, qué se puede denunciar y qué se puede obtener de un proceso civil, de uno tutelar y de uno penal. Abordaremos cada una de estas cuestiones, porque el conocimiento del derecho que se pone en juego en nuestras prácticas es central para que las mismas sean respetuosas y garantizadoras de los derechos humanos. En este punto hemos intentado en lo sucesivo brindar información sobre los marcos regulatorios vigentes, pero es responsabilidad profesional e institucional conocer las redes de derivaciones que funcionan efectivamente en su circuito de actuación y mantenerla actualizada. Puntualizamos esto porque, dada la inestabilidad y precariedad que caracteriza a los servicios que abordan



la violencia contra las mujeres en nuestra provincia, ese circuito ha de ser permanentemente revisado.

—•**D. Comprender las características y complejidad de la problemática de violencia contra las mujeres:** Es importante tener en cuenta que muchos/as profesionales de la salud y sociales se sienten frustrados/as al tratar con mujeres en situación de violencia porque creen que el éxito de cualquier intervención es conseguir que la mujer deje la relación violenta como resultado de la visita. Sin embargo, esto puede no ser lo que esa mujer quiere, puede o piensa que es más adecuado en ese momento. Frente a esto, desde la intervención socio-sanitaria es fundamental comprender que dejar a un maltratador no es un hecho puntual, sino un proceso que lleva su tiempo, a veces años, precisamente porque la relación de violencia está maquillada de amor, cuidado, refugio.

—•**E. Garantizar escucha activa y no justificar forma alguna de violencia contra las mujeres:** las mujeres que enfrentan una situación de violencia de género, necesitan saber que no merecen ser maltratadas, hagan lo que hagan, que los malos tratos son un problema muy extendido, con intersecciones estructurales y subjetivas, que afectan a millones de mujeres, que no están solas y que hay posibilidad de obtener ayuda y acompañamiento para vivir una vida libre de violencias.

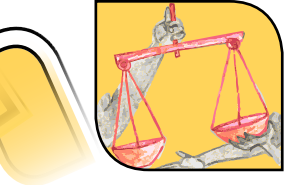
—•**F. Abordar la necesidad de desarrollar un plan de seguridad:**

Si bien perfilarlo será una tarea que cumpla con operadoras/es especializadas en el abordaje de la violencia contra las mujeres, es importante que cuando se detecta un caso de éstos en intervención socio-sanitaria, se enfatice la necesidad de tomar medidas de seguridad. Para ello es útil formular por ejemplo las siguientes preguntas:

- * Si ella piensa que es seguro ir a casa
- * Si el agresor ha amenazado con matarla y en caso afirmativo si ella le cree
- * Si sabe dónde está el agresor
- * Si éste tiene acceso a armas de fuego o de otro tipo
- * Si ha estado acosándola o si se han intensificado sus conductas abusivas y violentas
- * Si ella tiene amistades o familia con quienes poder estar, y si se sentiría segura en sus casas
- * Si tiene personas a su cargo como niñas/os o adultas/os mayores y en caso afirmativo dónde están.

Será importante reflejar esta información en la derivación que se haga, y que, tras la entrevista las mujeres sepan que pueden volver a ese espacio si lo llegaran a necesitar, aún habiéndose realizado las derivaciones a servicios especializados. También es importante reflejar en la historia clínica la información obtenida, si por cualquier motivo perdemos el contacto con las mujeres. Tal procedimiento permite al/la siguiente profesional interviniente, contextualizar el estado de salud que evalúa, teniendo en cuenta la situación de violencia.

Todo esto permite valorar conjuntamente las ventajas y desventajas de



Violencia contra las mujeres

la denuncia/demanda, el riesgo o protección al interponerla; lográndose de esta manera un resultado que respete la autonomía de las propias mujeres implicadas. Pensemos que una denuncia/demanda interpuesta sin prever cuáles serán las posibles reacciones del agresor y tomar medidas de protección para evitar riesgos, puede exponer a las mujeres a un peligro mayor. Para todo esto es importante también conocer el ciclo de la violencia que describiremos más adelante.

En este sentido es muy importante contar con la diferencia entre:

ruptura del vínculo / denuncia / cese de la violencia



Es importante tener en cuenta desde la intervención, para trabajarlo de esta manera con las propias mujeres, que todas estas acciones son diferentes y unas no necesariamente conllevan las otras. El cese de la violencia no necesariamente es consecuencia directa de ninguna de las dos primeras acciones. De la misma forma, lo que es aún más difícil de comprender desde la intervención institucional, la denuncia/demanda tampoco conlleva automáticamente la ruptura del vínculo, ya que son muchas las veces en las que hay revinculación después de haber acudido a instancias judiciales.

Este punto podrá comprenderse mejor cuando se aborde el ciclo de la violencia, baste ahora con señalar que la complejidad de la problemática requiere abordar cada una de estas situaciones sin dar por sentado que las otras devendrán naturalmente y lo que es más importante aún, sin

Quien calla otorga

6

condicionar nuestra atención a que las mujeres impulsen estas acciones.

La denuncia/demanda como veremos, habilita en algunos casos medidas de protección pero no equivale a una solución mágica que acaba inmediatamente con la situación de violencia. En muchos casos, aún con actuaciones judiciales y separación las mujeres siguen padeciendo actos violentos como persecuciones, amenazas, y en casos más graves, secuestro y asesinato de hijos/as o de ellas mismas. Por ello es importante trabajar, en paralelo con las mujeres, medidas alternativas de protección y cese de la violencia, como el fortalecimiento de sus redes cercanas y de auxilio, denuncias de los nuevos actos de violencia, corte de toda posible comunicación con el agresor, entre otras.

Por todo ello recomendamos siempre evaluar junto con las mujeres las posibilidades y consecuencias de la denuncia. De ninguna manera hablamos de desincentivar las acciones judiciales, sino de dimensionar para qué sirven, qué tiempos toman, qué brindan y también qué riesgos pueden incrementar, para estar preparadas en el enfrentamiento de un proceso legal.



6.2.- ¿QUIÉNES ESTÁN OBLIGADOS/AS A DENUNCIAR SITUACIONES DE VIOLENCIA DE GÉNERO?^[55]

La ley de protección integral 26.485 prevé la obligación del personal socio-sanitario -entre otros- de denunciar situaciones de violencia de género en los siguientes casos:

Artículo 18. — *Las personas que se desempeñen en servicios asistenciales, sociales, educativos y de salud, en el ámbito público o privado, que con motivo o en ocasión de sus tareas tomaren conocimiento de un hecho de violencia contra las mujeres en los términos de la presente ley, estarán obligados a formular las denuncias, según corresponda, aún en aquellos casos en que el hecho no configure delito.*

En línea con ello es importante recordar, tal como prescribe el artículo 21 de la ley 26.485 que *la presentación de la denuncia por violencia contra las mujeres podrá efectuarse ante cualquier juez/jueza de cualquier fuero e instancia o ante el Ministerio Público, en forma oral o escrita. Se guardará reserva de identidad de la persona denunciante.*

Si bien la ley obliga a denunciar en los casos señalados, es necesario acudir al decreto reglamentario 1011/2010 de la ley integral, el cual en su artículo 18 establece el alcance de esa obligación y señala: “*Cuando el hecho no configure delito, las personas obligadas a hacer la denuncia **deberán contar previamente con la autorización de la mujer.** Al formalizar la*

denuncia se resguardará a la víctima y observarán las disposiciones referidas al secreto profesional y al consentimiento informado.

Llamamos particularmente la atención en este punto, porque las reglamentaciones de las leyes son precisamente las que indican la forma en que se implementan los derechos y obligaciones. Como se ve, la obligación de denunciar que establece la ley, exige, como condición previa a la denuncia, contar con la autorización de la mujer; salvo que el hecho del que hayamos tomado conocimiento pudiera constituir delito. Estas excepciones serían por ejemplo que hubiéramos tomado conocimiento de un intento de homicidio, de violencia física, que se traduciría en lesiones, destrucción de sus bienes, pero no de violencia sexual, porque en ese caso se requiere que la denuncia sea de las propias mujeres que han sufrido la agresión. Salvo que se trate de niñas, niños o incapacitadas en cuyo caso sí habría obligación de denuncia.

Hemos constatado a lo largo de las formaciones a profesionales, tanto de ámbitos sanitarios, como de justicia, que estas pautas están muy poco claras. Entendemos que resulta fundamental tener en claro 1) cuándo estamos obligadas/os a denunciar, 2) cuándo podemos hacerlo y 3) cómo hacerlo; o sea qué recaudo debemos tomar.

55.-Por Patricia Gonzalez Prado. El capítulo ha sido revisado por Alberto Jury, abogado, especialista en derecho de familia, e integrante de la Dirección de Derechos Humanos y Acceso a la Justicia, Suprema Corte de Justicia de Mendoza.



El cuándo y el cómo denunciar implican obligaciones legales vinculadas a nuestras prácticas profesionales, cuya vulneración se traduce en la violación de derechos humanos. Es fácil advertir que si la denuncia no es consensuada con las propias mujeres, si no buscamos un acuerdo sobre el momento de hacerla, podemos potenciar el riesgo en que se encuentran, al impedirles prever medidas de salida y protección. Aún en los casos de extremo riesgo es importante que avisemos a las mujeres de la obligación legal que nos asiste de denunciar la violencia que estamos sospechando, para no ejercer una intervención socio-sanitaria meramente defensiva que potencie el riesgo en que se encuentran las mujeres en situación de violencia de género.



* **La niña o la adolescente directamente** o través de sus representantes legales de acuerdo lo establecido en la Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes;

* **Cualquier persona** cuando la afectada tenga discapacidad, o que por su condición física o psíquica no pudiese formularla;

* En los casos de violencia sexual, la **mujer que la haya padecido es la única legitimada para hacer la denuncia**. Cuando la misma fuere efectuada por un tercero, se citará a la mujer para que la ratifique o rectifique en VEINTICUATRO (24) horas. La autoridad judicial competente tomará los recaudos necesarios para evitar que la causa tome estado público.

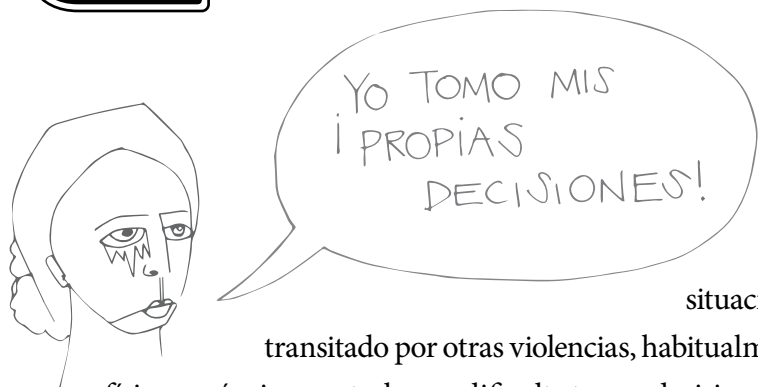
* **La denuncia penal será obligatoria** para toda persona que se desempeñe laboralmente en **servicios asistenciales, sociales, educativos y de salud, en el ámbito público o privado**, que con motivo o en ocasión de sus tareas tomaren conocimiento de que una mujer padece violencia **siempre que los hechos pudieran constituir un delito**.

6.3.- ¿QUIÉNES PUEDEN FORMULAR DENUNCIA EN SITUACIONES DE VIOLENCIA DE GÉNERO?

Al respecto el artículo 24 de la ley señala que pueden (o sea, no están obligadas/os) efectuar la denuncia:

* **La mujer que se considere afectada** o su representante legal sin restricción alguna;

Esto se relaciona directamente con lo dicho en el apartado anterior. En caso de obligada diligencia por funcionariado público, debemos informarlas y acordar con ellas la estrategias de salida y seguridad.



Ante ello hemos de tener en cuenta que cuando una mujer está inmersa en una

situación de maltrato o ha

transitado por otras violencias, habitualmente está debilitada física y psíquicamente, lo que dificulta tomar decisiones inmediatas, junto con lo que suelen estar presentes varios miedos que pueden atender a: demoras de las medidas, miedo por su futuro y el de sus hijos/as cuando los hay, por la pérdida de la familia; en otros casos, miedo a represalias, a que aumente la violencia o se repita (pensemos también en situaciones de violación por conocidos o desconocidos), entre muchas otras. Todo esto permite entender que la decisión de denunciar deben tomarla las mujeres **con tranquilidad, sin presiones, sin condicionar nuestra intervención a ninguna decisión que ella pudiera tomar.**

6.4.- ÁMBITOS LEGALES QUE PUEDEN ACTIVARSE CON LA DENUNCIA/DEMANDA:

6.4.1.- Ámbito civil

Tal como hemos señalado al comenzar el capítulo, hablamos en este ámbito de demanda en lugar de denuncia. Esta es impulsada

por las propias mujeres en situación de violencia y persiguen con ello poner freno a tales situaciones, en algunos casos comenzar procesos de separación o desvinculación y la mayoría de las veces, obtener medidas de protección. Esto es priorizado a obtener la sanción penal de los agresores.

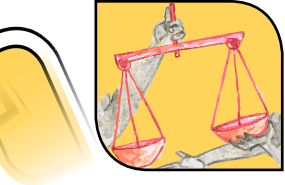
Para esto, el fuero privilegiado es el de familia, si bien las medidas de protección podría dictarlas cualquier tribunal, por vigencia de la ley 26.485, aún tratándose de tribunales incompetentes, la realidad es que el fuero de familia es el único que las dispone, aunque con restricciones que no resultan de la ley 26.485 sino de la praxis judicial. Tales restricciones vulneran la ley de protección integral.

Hacemos referencia concretamente a que, pese a que la ley brinda protección frente a un importante número de manifestaciones y tipos de violencia que han sido trabajados en capítulos anteriores -que van desde la violencia simbólica a la física, la justicia de familia en nuestra familia sólo actúa en situaciones de violencia producidas en el ámbito doméstico, sea cual fuere el tipo de violencia (física, psicológica, etc).

Este proceder judicial en la práctica deja fuera la recepción de situaciones de violencia laboral u obstétrica por ejemplo. Frente a esto entendemos que igualmente hay que reclamar la aplicación de la ley 26.485 y exigir a este fuero, la recepción y tramitación de estas denuncias/demandas.

La justicia de familia puede arbitrar amplias medidas de protección y medidas civiles (regulación de alimentos, vivienda, tenencia y régimen de visitas en el caso de existir hijos/as comunes), todas aquellas que se necesiten para hacer cesar la violencia y proteger a quienes se encuentran





Violencia contra las mujeres

expuestas a ella. Las más comunes son las prohibiciones de acercamiento a una distancia establecida judicialmente, las prohibiciones de comunicación por cualquier medio, incluso terceras personas, las exclusiones de la vivienda común entre otras. A este respecto el artículo 26 de la ley 26.485 prevé las siguientes medidas preventivas urgentes:

—•**A.** Durante cualquier etapa del proceso el/la juez/a interviniente podrá, de oficio o a petición de parte, ordenar:

- * *La **prohibición de acercamiento** del presunto agresor al lugar de residencia, trabajo, estudio, esparcimiento o a los lugares de habitual concurrencia de la mujer que padece violencia;*
- * *La **restitución inmediata de los efectos personales** a la parte peticionante,*
- * ***Medidas de seguridad en el domicilio de la mujer** para hacer cesar la situación de violencia y evitar la repetición.*

—•**B. Ojo!** Si se trata de parejas o exparejas también se puede ordenar:

- * *La **exclusión del agresor de la residencia común,***

Quien calla otorga

6

independientemente de la titularidad de la misma;

- * *El reintegro al domicilio de la mujer si ésta se había retirado, previa exclusión del agresor;*
- * *El acompañamiento de la mujer que padece violencia, a su domicilio para retirar sus efectos personales;*
- * *Fijar cuota alimentaria provisoria,*
- * *La suspensión provisoria del régimen de visitas.*

¿Dónde se pueden formular denuncias del ámbito civil?

- * En la **secretaría tutelar de la justicia de familia** en Mendoza. Se trata de un trámite gratuito que no requiere patrocinio letrado. En la ciudad de Mendoza la Secretaría Tutelar de los Juzgados de Minoridad y Familia del Poder Judicial de Mendoza está ubicada en Mitre y Montevideo y funciona en horario de tarde, de 13:30 a 19:00 hs.
- * En las **comisaría**s más cercanas al domicilio, muchas cuentan con oficinas fiscales que se encargan de receptar la denuncia e iniciar la investigación. Se aplica lo dicho respecto de la denuncia



penal sobre la necesidad de ratificarla ante la justicia de familia, que será a donde se gire el expediente para la adopción de las medidas, tanto tutelares como civiles que corresponda.

Si quien está en situación de violencia es menor de 18 años edad debe concurrir al órgano administrativo local (Dirección de Niñez, Adolescencia y Familia - DINAF - Montevideo 578 - Ciudad - Tel. 420 0440/1074)

Al momento de la denuncia recomendamos consultar y **tomar nota en qué Juzgado será tramitada su causa** para posteriores acciones (presentación de pruebas, testigos y documentación; retiro de la resolución, solicitud de turno para que el oficial de justicia pueda hacer efectiva la medida, etc.).

También es importante destacar que la Suprema Corte de Justicia de Mendoza (Acordada n° 24.292/2012) ha creado la **Oficina de Asistencia Jurídica de Violencia contra la Mujer (OFAVMU)** dentro de los principios y derechos humanos garantizados en la Constitución Nacional, las Convenciones Internacionales y la Ley nacional n° 26.485. Ofrece asistencia jurídico-legal gratuita a mujeres que atraviesen todo tipo y modalidades de violencia: familiar, doméstica, sexual, laboral, mediática, simbólica, obstétrica, institucional, moral, tanto en el ámbito privado como en el público. Asimismo realiza el seguimiento de las medidas judiciales y

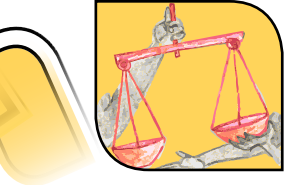
acciones conducentes para la eliminación de la violencia. Sin embargo esta oficina no tiene potestad para receptar demandas ni denuncias, con lo que es importante que las mujeres que asistan tengan claro que podrán encontrar allí consejería pero, que si quieren obtener medidas de protección han de reclamarlas ante la justicia de familia.

Hay organismos provinciales y municipales llamados a atender en forma específica las problemáticas de las mujeres, entre ellas la violencia de género. La mayoría de los municipios cuenta con un **Área de las mujeres** en las que se realiza asesoramiento legal, en algunos casos también atención psicológica y social. Hemos incluido un registro de aquellas conocidas en la provincia de Mendoza en el apartado de recursos.

6.4.2.- Ámbito penal

La denuncia en éste ámbito es posible cuando las manifestaciones de violencia pueden constituir delitos, por ello se limita básicamente a las manifestaciones de violencia física y amenazas, violación, abuso, delitos de daños contra la propiedad, estafas. Además debemos tener en cuenta que cuando se trate de delitos contra la integridad sexual, la única sujeta que puede denunciar, como bien señala la legislación penal y el art. 24 inc. d de la ley 26.485, es la propia mujer que ha sufrido la agresión. Se trata de delitos de acción privada, salvo claro está que se trate de agresiones sexuales a niñas/os.

Es importante saber qué puede obtenerse de la denuncia penal,



Violencia contra las mujeres

porque si bien técnicamente podrían solicitarse al denunciar, **medidas de protección**, lo cierto es que es un fuero que no suele dictarlas, sino derivar en el mejor de los casos, a la justicia de familia.

La denuncia penal está dirigida centralmente a impulsar la persecución penal de una conducta tipificada como delito, para obtener su sanción, que será siempre privativa de la libertad o multa. Puede acompañarse asimismo de reclamos indemnizatorios civiles.

Una vez más, ante la obligación de denunciar que prevé la ley, respecto de funcionarios/as públicos que por su trabajo toman conocimiento de situaciones de violencia de género, **insistimos en valorar adecuadamente el cuándo y el cómo** cumplir con esa obligación a fin de **no agravar las situaciones de riesgo** en que se encuentran las mujeres. Cuando una mujer tiene miedo a la reacción que pueda provocar en su pareja la denuncia, la primera medida a adoptar debe ser la efectiva separación: poner distancia con el agresor antes de que éste sepa que la mujer está dispuesta a terminar la relación.

¿Dónde pueden formularse denuncias del ámbito penal?

- * En las **comisaría**s más cercanas al domicilio, muchas cuentan con oficinas fiscales que se encargan de receptar la denuncia e iniciar la investigación. Es muy importante saber que, si bien no es requisito legal, la práctica -más bien mala práctica- judicial en estos casos hace que se requiera siempre la ratificación de la

Quien calla otorga

6

denuncia por parte de las mismas mujeres cuando pasa a sede judicial. Por lo que es importante dar esta información a las mujeres, también en los ámbitos socio-sanitarios, de lo contrario los expedientes se paralizan cuando pasan a la justicia penal y, en la mayoría de los casos las denunciantes no saben qué ha pasado.

- * En los **juzgados de instrucción penal**

RECURSOS

❖ ❖ ❖ Circuito legal ❖ ❖ ❖

- * Referentes y teléfonos de la justicia de familia en Mendoza, guía judicial:

<http://prensa.jus.mendoza.gov.ar/index.php/mesa-de-informes/direcciones>

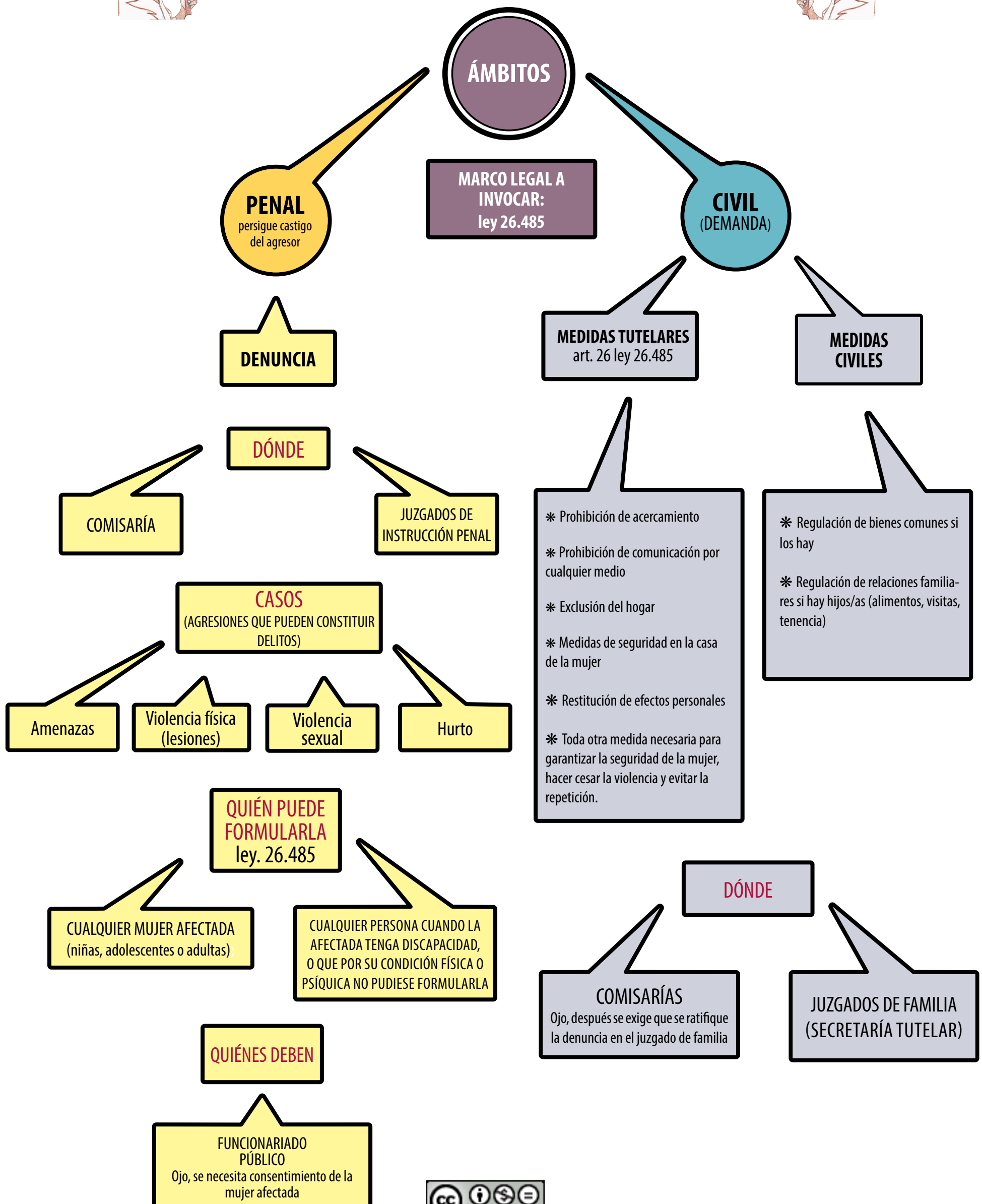
- * Información sobre los Juzgados de familia, acciones que llevan a cabo y documentación requerida:

<http://prensa.jus.mendoza.gov.ar/index.php/mesa-de-informes/minoridad-y-familia>

LA DENUNCIA / DEMANDA COMO POSIBILIDAD



OJO, LA VÍA PENAL NO ES NECESARIA PARA CONSEGUIR MEDIDAS DE PROTECCIÓN



7

VIOLENCIA EN EL ÁMBITO DE LA PAREJA O EX-PAREJA



PATRICIA GONZALEZ
ALEYDA YANES
ZAIDA YANES



Una de las manifestaciones extremas o límites del sistema heteropatriarcal^[56] son los crímenes de mujeres a manos de varones. Tal como demuestran los escasos estudios estadísticos con los que cuenta el país, en la mayoría de estas situaciones los agresores son parejas o ex parejas de las mujeres a quienes matan. También hemos señalado que los datos aportados tienen un importante índice de sub-registro, como apuntan los informes sobre femicidios en Argentina ya referidos, que cada año elabora el Observatorio Adriana Marisel Zambrano^[57]. Este Observatorio considera solo la parcial información que llega a través de los medios de comunicación, por ello entre las razones del sub-registro está la invisibilidad de los siguientes casos:

- * Mujeres que ingresaron a los hospitales con evidencia de violencia de género, pero que al fallecer, no se recoge esta información en sus certificados de defunción. Estos se limitan a consignar la causa de muerte de manera sesgada, ya que apuntan a un diagnóstico biomédico, pero de ninguna manera hablan de la causa bio-psico-social de esa muerte, o al menos de su sospecha, lo que daría cuenta de una consideración integral de la salud.
- * Mujeres que mueren por abortos clandestinos inseguros
- * Mujeres muertas por suicidio, pero que han padecido previamente una situación de violencia de género en sus vidas.

56.- Ver nota 32 violencia patriarcal apartado 4.1

57.- Informe disponible en <http://www.lacasadelencuentro.org/descargas/femicidios-primersemestre2012.pdf> consultado por última vez: 29/05/2012.

7.1.- MITOS Y ESTEREOTIPOS EN LA PROBLEMÁTICA DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES.

Su función es proponer modelos y marcar pautas de actuación como hegemónicas, lo que conlleva dicotomizar entre conductas considerado buenas, normales, naturales y estigmatizar todas las que queden fuera de estos mandatos, como malas, anormales, antinatura. Estas simplificaciones del análisis complejo que conlleva la realidad y en particular una situación de violencia de género, dan lugar a intervenciones revictimizantes y culpabilizantes de las propias mujeres en situación de violencia, con la consiguiente desresponsabilización de los agresores.

~ Mitos con respecto a la violencia contra las mujeres ~

- * Las agresiones sexuales ocurren generalmente en los descampados
- * Las agresiones sexuales son realizadas generalmente por desconocidos
- * La violencia dentro de la pareja es una cuestión privada
- * La violencia contra las mujeres es culpa del alcoholismo
- * La violencia es natural e instintiva



Violencia contra las mujeres

- * Hay violencia cuando hay golpes
- * Sucede principalmente en las clases sociales bajas, debido a que son personas primitivas e incultas
- * Es un tema de moda
- * No puede ser evitada
- * Disminuye en el embarazo
- * Se exagera la realidad
- * Se da en las típicas familias o parejas problemáticas
- * Son casos raros o aislados
- * Con el tiempo son problemas que se solucionan
- * Son pérdidas puntuales de control
- * Si denuncian todo se acaba
- * Sólo el maltrato físico es peligroso
- * Donde hay amor, hay sufrimiento

Uno de los peligros con respecto a los mitos sobre la violencia contra las mujeres es que la naturalizan: **arraigándola a lo inevitable, a lo instintivo, se desdibuja su raíz estructural y por tanto, modificable.** Paralelamente se ubica en una determinada clase social, en la falta de formación, en casos aislados. Todo ello evita la asunción de la problemática como una cuestión de salud pública, situándola como algo privado e interpersonal.

Muchas de las premisas que giran en torno al amor romántico, su simbología, rituales, demostraciones, exigencias, celos, posesividad, así como la idealización de convivencia y vida que conlleva, **son fundantes**

Quien calla otorga

7

y sostenedoras de la violencia en tanto la invisibilizan, incluyendo comportamientos de sumisión-dominación como ingredientes **normales de una relación amorosa.** En nuestro refranero popular hallamos infinidad de ejemplos, que escuchamos por otro lado a diario en nuestros lugares de trabajo, en las escuelas, en las películas, novelas, en las canciones, en nuestras mismas charlas: *donde hay amor, hay sufrimiento; quien te quiere te hará llorar; amor sin dolor no es amor verdadero; la familia debe sostenerse por encima de todo; solo puedo amar a un hombre/mujer en la vida; hay un amor que, cuando se encuentra, dura para siempre; sin él/ella no soy nada; él/ella me da la vida, yo por él/ella hago cualquier cosa...*

Este imaginario que circunda la relación amorosa de pareja, contribuye a la creencia de que la violencia es inherente a las relaciones, una vez más naturalizándola y obviando las terribles consecuencias que ello tiene en las condiciones de vida y salud de las mujeres, así como de los hijos e hijas.

Otro mito es creer que la única violencia a atender es la física. Ello genera que la **violencia psicológica -que con frecuencia conlleva peores secuelas que la primera- no sea registrada ni indagada,** incluso puede que ante su evidencia minusvaloremos el impacto posible, o en el mejor de los casos, pensemos que es la antesala de la violencia. Como personal socio-sanitario es fundamental que comprendamos que cualquier atentado contra la integridad psíquica, física o social de una persona, es un acto violento y debe ser abordado.

Con respecto a las agresiones sexuales los mitos abundan junto con el tabú que supone esta temática. Un ejemplo de ello lo tenemos



en la creencia de que las agresiones suelen darse en descampados y con desconocidos. No decimos que estas agresiones no existan, ya que de hecho particularmente en nuestro continente son muchas, sin embargo **la mayoría de las agresiones sexuales suceden en círculos conocidos/familiares lo que dificulta y la mayoría de las veces impide, su denuncia y su visibilización.** Cotidianamente nos encontramos con mujeres, que después de años de haber soportado de manera crónica y en silencio violaciones o abusos de sus padres, tíos, abuelos, primos, hermanos, maestros, curas, amigos de la familia, vecinos, pueden hablar una vez pasado mucho tiempo. Generalmente cuando ya han dejado muy atrás esas situaciones y encuentran un espacio de confianza, escucha, sin prejuicios. **Se repite también en sus relatos el miedo a no ser creídas, a que se ponga en duda el abuso y se aluda a la provocación.**

Las agresiones sexuales tocan la médula de nuestras sociedades heteropatriarcales^[58] y capitalistas, merecen un capítulo aparte y el equipo de trabajo del presente manual está abocado a ello, pero no queríamos dejar de formular algunos mitos que entendemos hay que desterrar de la intervención socio-sanitaria porque de lo contrario se vulneran cotidianamente derechos humanos de las mujeres.

~ Mitos sobre los agresores ~

- * **Son violentos porque son alcohólicos o por efecto de drogas**

- * **Son violentos porque están desempleados**
- * **Son psicópatas**
- * **Son impulsivos**
- * **Son descontrolados**
- * **Son locos o enfermos**
- * **Son hombres de verdad**
- * **Todos los hombres son así**
- * **No son del todo responsables**

Estos mitos nos llevan a una **desresponsabilización de la violencia por parte de los agresores.** Considerar que estos varones son enfermos, impulsivos o que violentan por sus problemas de consumo genera dos consecuencias principalmente:

- 1.** Atribuir exclusivamente a características individuales un problema que tiene raíz social. Esto, una vez más, difumina una problemática que nos compete sanitaria, política y socialmente.
- 2.** Los desresponsabiliza de la destrucción (física, psicológica, material) de la mujer a la que agreden, lo que lleva a justificar/disculpar sus actos violentos.

Ciertamente es difícil entender cómo una persona puede llegar a manejar tales niveles de crueldad, como para hacer sufrir de manera sistemática y crónica a quien profesa amor, de ahí la asociación o atribución de la violencia a la locura. Sin embargo, tal y como veremos más adelante,

58.- Ver nota 32 violencia patriarcal apartado 4.1



la violencia no comienza de repente, sino que es un proceso lento y constante en el que a la vez que las mujeres van siendo minadas en su integridad, en todos aspectos que las reconocen como personas valiosas. De esta manera los agresores van ganando terreno, objetualizando a esas mujeres considerándolas sus pertenencias, su propiedad y por lo tanto algo de lo que pueden disponer y destruir.

Progresivamente van transitando un proceso de *deshumanización*, que los habilita para llevar a término actos violentos, profundamente crueles. No estamos hablando de una metamorfosis kafkiana, si pensamos en los grandes momentos de masacre como las guerras o dictaduras, podemos asemejar experiencias humanas de máxima crueldad con otros y otras que no son atribuibles a trastorno alguno más que considerar inferiores y merecedores de violencia a otros grupos humanos.

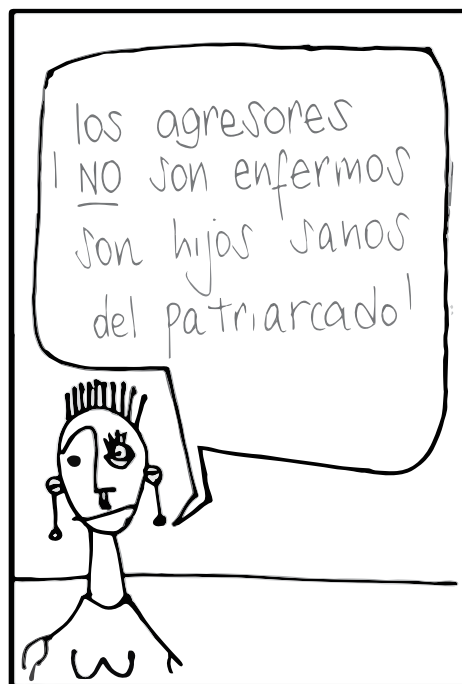
Deconstruir la patología como generadora de la violencia, no implica anular las posibilidades de intervención terapéutica con agresores. Muy al contrario se comprende que de esta estructura surgen subjetividades que basadas en la posesión, el control, la cosificación de las mujeres, la naturalización de la violencia en los varones y el fomento de ésta en las expresiones de masculinidad hegemónica, degeneren en agresiones.

Actualmente, es habitual un enfoque en intervención terapéutica con agresores es el cognitivo-conductual: dirigidos al auto-control, contención de la ira, recanalización de la misma, asunción de la responsabilidad, entre otros. Sin embargo, con éste u otro enfoque terapéutico, sin tener en cuenta la perspectiva de género, no se pondrá en cuestión la construcción social del amor y de la masculinidad y su impacto en el reforzamiento y el origen

de la violencia que han infringido a sus compañeras ¿Qué piensan de las mujeres? ¿Conciben a sus compañeras como personas en sus mismas condiciones de autonomía, libertad, poder de decisión?... A partir de una visión comparada e integrada de todo ello, se podría trabajar en pro de relaciones igualitarias, respetuosas, libertarias.

Los diagnósticos psicopatológicos, más allá de poder ser cuestionados y analizados en forma crítica, deben ser considerados en cuanto a su función. No es lo mismo un diagnóstico que pueda servir de orientación terapéutica, que pueda ser reformulado a medida que avanza el tratamiento y que simplemente sea guía para la intervención, que un diagnóstico que pericie la imputabilidad/inimputabilidad del agresor. Es en este sentido, en el ámbito judicial que repetimos que los agresores no son por definición enfermos, en el sentido de que son conscientes de los actos que realizan,

del daño y destrucción que infringen a las mujeres. La patología no es la *causa* de la violencia, si bien puede imprimirle a ésta manifestaciones específicas, no es lo que la causa, motiva, provoca. Un ejemplo de ello





sería el delirio celotípico. Este trastorno sería un componente a fomentar manifestaciones más fuertes de control, pero no por ello, se es menos consciente del daño generado.

~ Mitos sobre las mujeres en situación de violencia ~

- * Provocan la violencia
- * Son masoquistas
- * Les pasa por aguantar la primera vez
- * Las mujeres en general dicen “no” cuando quieren decir “sí”
- * Si tienen hijos e hijas, es mejor que aguanten
- * Son pasivas
- * Son ignorantes
- * Algunas se lo merecen, se lo buscan
- * Son débiles y tontas
- * Les gusta
- * Son enfermas
- * Son histéricas
- * Son vagas que se hacen mantener
- * No se puede abusar sexualmente de una mujer que no lo desea
- * Si no se defendió es porque le gustó

Con respecto a los mitos sobre las mujeres que están atravesando una situación de violencia éstos tienden a hacerlas responsable de los malos tratos que reciben, diluyendo una vez más, el anclaje estructural de la violencia de género, la implicación activa de los agresores y la forma en que opera un ciclo de violencia que está inserto en una relación que se supone amorosa, con la que se ha tejido un proyecto vital.

Estos mitos señalados, que son sólo algunos de muchos más que están presentes en el imaginario social en general, y en particular en algunas y algunos operadores socio-sanitarios y de justicia, contienen una gran carga emotiva como el miedo, la culpa y el odio. En lo que refiere a **la violencia sexual**, por ejemplo son altamente peligrosos y están muy fijados en el sistema de creencias. ***Dicen “no” cuando quieren decir “sí”* es una sentencia escuchada habitualmente que habilita a los agresores a violar sin culpas y a las mujeres a silenciar estas agresiones en tanto en algún punto pueden sentirse provocadoras de ello, responsables de haber sido violentadas.** En circuitos íntimos –parejas o amigos- esta sentencia, junto a otro mito que señala la *incontinencia sexual masculina*, su imposibilidad de reprimirse sexualmente, silencian las violaciones en estos espacios, las justifican o minimizan.

En otros casos la justificación de la violencia sexual viene a partir del enjuiciamiento moral de las mujeres que sufren la agresión, a quienes se cuestiona, de quienes se duda, a quienes se inspecciona e investiga. Así hay jueces que, pese a que nuestra ley contempla como violación toda práctica sexual que una mujer no consiente, que va contra su voluntad, por cualquier medio que sea y sin importar el vínculo con el agresor;



Violencia contra las mujeres

Quien calla otorga

7



pareja o ex-pareja, estos mitos dan cuenta una total ignorancia sobre las consecuencias de la violencia, su funcionamiento (inicio y perpetuidad), los mecanismos utilizados por los maltratadores, los componentes estructurales que generan y sostienen la violencia, etc.

~ Mito de la violencia cruzada ~

Otro mito común es confundir una relación de violencia de género con una supuestamente posible *violencia cruzada*. En una relación de violencia hay, tal y como hemos venido explicando, una relación desigual de poder en la que el agresor se erige en un lugar de superioridad para imponer sus deseos, sus caprichos, los comportamientos que él quiere, sobre una mujer que considera de su propiedad. **Estas mujeres no están en una relación igualitaria de poder como para ejercer dominación sobre sus agresores.** Por tanto, **hablar de *violencia cruzada* es tan inconsistente, tan inviable como hablar de *dominación cruzada* o *explotación cruzada*.** El poder no circula de esas maneras, sino que se concentra en base a la acumulación de una serie de privilegios que es necesario desmontar, para construir relaciones igualitarias.

Por eso señalamos que las reacciones de las mujeres ante las agresiones recibidas en una relación de violencia deben ser consideradas como **defensa, como formas de repeler la agresión** ya que no se instalan en una relación de igualdad. No podemos pensar que ante la violencia las mujeres van a quedarse inmutables y menos aún podemos pedírselo. Es necesario retomar estas actitudes y situarlas en una defensa legítima y

insisten en pedir informes médicos para ver si hay desgarramiento vaginal y qué características tiene el mismo. Si éste no se comprueba concluyen que no hubo suficiente resistencia, lo que inexplicablemente explicaría que hubo consentimiento.

Si bien estas conductas están en retroceso, aún están presentes en la administración de justicia y salud, por ello es importante conocer que **tales procedimientos constituyen violencia institucional vulneratoria de los derechos humanos de las mujeres, mala praxis profesional y puede ser denunciado por su carácter revictimizante.**

En cuanto a las mujeres en situación de violencia dentro de su

que la sostiene con vida -física y psíquica-. Con frecuencia encontraremos mujeres que sienten incluso extranjería hacia ciertos pasajes de su propia historia de violencia. Ajenidad ante los niveles de cinismo que han podido desarrollar, ante la exasperación y sensación de locura que pudieron vivir. Como veremos más adelante, puede haber actitudes, comportamientos, respuestas... que fuera de una relación violenta son desadaptativas, disfuncionales, nocivas; y que sin embargo, contextualizadas en este marco de relaciones desiguales de poder se habilita una lectura explicable a partir de una posición de defensa que les habilita poder seguir viviendo.

Precisamente porque ya se lucha contra mandatos de indefensión recibidos a lo largo de toda la historia de la humanidad, como parte de los procesos educativos, tanto formales como no formales, dedicados a las mujeres, es necesario considerar la defensa como una parte necesaria y existente en la actitud de éstas frente a la violencia.

Insistiremos más adelante en la importancia de trabajar la deconstrucción de la violencia cruzada con las mismas mujeres que atraviesan una situación de violencia, pues pueden ser las primeras en nombrarlas como agresiones “yo a él también le daba” “yo a él también lo insulto”... A nuestro entender, esto se puede relacionar con no querer situarse como víctima, por las connotaciones sociales ya señaladas supra: pasiva, inútil, ignorante, tonta. Señalarse como “agresora” es una forma de desidentificarse con una actitud impasible frente a la violencia. De ahí la necesidad de enfatizar la diferencia que hay entre defenderse y ejercer violencia sobre otra persona a quien se considera inferior, dañable.

La revisión de estos mitos y su deconstrucción adquiere una importancia fundamental en lo que a los y las trabajadoras de salud compete en tanto son actores/as clave en la detección y atención de estos casos, o en su perpetuación y olvido.

Cabe recordar que la violencia de género es una de las causas más importantes de incapacidad y muerte de mujeres.



No atender a las mujeres en situación de violencia o incorporar estos mitos y estereotipos en nuestra forma de intervenir supone la revictimización^[59] institucional de las mismas. Hablamos de revictimización aludiendo al sometimiento de la mujer agredida a demoras, derivaciones, consultas inconducentes o innecesarias, como así también a realizar declaraciones reiteradas, responder sobre cuestiones referidas a sus antecedentes o conductas no vinculadas al hecho denunciado y que excedan el ejercicio del derecho de defensa de parte; a tener que acreditar extremos no previstos normativamente, ser objeto de exámenes médicos repetidos, superfluos o excesivos y a toda práctica, proceso, medida, acto u omisión que implique un trato inadecuado, sea en el ámbito policial, judicial, de la salud o cualquier otro.

59.- Concepto incorporado por el artículo 3º inciso "k" del decreto 1011/2010 reglamentario de la ley nacional de protección integral a las mujeres 26.485.



7.2.- CICLO DE LA VIOLENCIA

Dentro de estas múltiples violencias contra las mujeres, nos detendremos en una específica: **la violencia dentro de la pareja**, porque tal y como hemos reiterado, en tanto trabajadores y trabajadoras de salud nos incumbe especialmente dada su alta prevalencia, y su escaso conocimiento en lo referente a la dimensión de la problemática, sus indicadores, el impacto en la salud de las mujeres y las formas de abordaje.

Además de ser una problemática estructural que reposa en las relaciones desiguales de poder entre los géneros, se han identificado pautas relacionales generadoras del sostenimiento de las relaciones violentas: nos referimos al ciclo de la violencia.



Entender el ciclo de la violencia, los mecanismos que implica y los sentimientos que desencadena, cómo se genera y cómo se mantiene, nos ayudará a entender los recorridos de las mujeres en situación de violencia, y por tanto, a intervenir mejor con ellas.

Esto es, establecer mejores relaciones, mayores pautas de escucha, menores juicios, y finalmente poder ofrecerles apoyo y recursos de manera que puedan iniciar su proceso de salida de la relación y recuperación de su vida.

Leonore Walker, en su libro *The battered Women* (1979) teorizó y dio nombre al “ciclo de la violencia”. Comenzó sus estudios a partir de sus

experiencias en una casa de acogida de mujeres en situación de violencia y las entrevistas realizadas a éstas. Basándose en el modelo de la teoría del aprendizaje social de la indefensión aprendida^[60], explicó cuáles son las dinámicas dentro de las parejas que permiten a los agresores imponer una relación de dominación, dificultando a las mujeres la ruptura con esas relaciones y la visualización de alternativas vitales por fuera de las mismas.

Es así que sus investigaciones la llevan a concluir que al producirse el aislamiento, el control y las agresiones (verbales y/o físicas) en las etapas iniciales de su relación, estas mujeres dirigen sus esfuerzos a la disminución de los ataques de violencia de los agresores que, lejos de ser personas desconocidas, son las personas elegidas para construir un proyecto vital determinado. Sin embargo, todo intento de las mujeres dirigido a disminuir la violencia fracasa, por la sencilla razón que ellas no tienen la *culpa* de la violencia que reciben, ni son la *causa* de ella, de la misma manera que afirmamos que un ataque sexual nunca podrá ser provocado, no habrá conducta capaz de hacer a una mujer merecedora de esa agresión.

Todo esto redunda en su percepción de indefensión y por tanto, en la dificultad para identificar una salida o posibilidad de cambio. Con este enfoque y sus investigaciones, la autora finalmente describe el “ciclo de violencia conyugal” convirtiéndose en una teoría fundamental a la hora

60.- El psicólogo Martin Seligman acuña el término de indefensión aprendida, según el cual explica por qué frente a una misma situación hay sujetos que se sienten desamparados y sin voluntad de cambio. Sus trabajos también han sido referenciados en el estudio de la depresión. (Martin Seligman 1991)



de explicar e intervenir con mujeres en situación de violencia por parte de sus parejas o ex parejas.

El conocimiento del ciclo de violencia nos ayuda a desmontar mitos sobre las mujeres que atraviesan esta situación, por ejemplo el que las identifica como *pasivas*. En contra de ello señalamos que estas mujeres están muy activas dirigiendo sus energías y esfuerzos a la disminución de los ataques violentos, a lograr la *tranquilidad* o *cura* del agresor, que no llegará porque la causa de la violencia no es una enfermedad, sino el establecimiento de una relación de dominación y mientras ésta persista, la violencia continuará.

No obstante, el *ciclo de la violencia* no explica la cuestión estructural que sostiene la violencia contra las mujeres de manera sistemática y a nivel global. Consideramos que es una buena herramienta para explicar a nivel psicológico cómo aparece el maltrato y se perpetúa en el tiempo; pero será necesario entender el funcionamiento del sistema heteropatriarcal para comprender por qué la violencia se produce contra las mujeres y de qué maneras impregna de mandatos a las mismas, por ejemplo en relación a las consecuencias que trae en nuestras vidas entender como única forma de amar la construcción del amor romántico. Cuestiones éstas que han sido planteadas a lo largo de este documento, por lo que no volveremos a detenernos en ellas, si bien insistiremos en la importancia de incorporarlas en el abordaje y tratamiento.

~ ¿Cómo opera el ciclo de la violencia? ~

La violencia contra las mujeres dentro de la pareja **no comienza repentinamente**, sino que **se trata de un proceso progresivo y lento que va desgastando y minando a la mujer poco a poco**. Al principio de la relación, comienzan las manifestaciones de dominación y de control por parte del varón agresor, que en ocasiones pasan desapercibidas o son percibidas como signos de cariño. Véase como ejemplo la lectura de los celos como muestras de amor, o el control de horarios y lugares donde se encuentran sus novias, esposas, amantes; el control sobre las llamadas y mensajes recibidos en los celulares de las mujeres; la invasión de sus cuentas de correo electrónico o la supervisión desde redes sociales; las visitas repentinas en lugares de trabajo o de reunión con otras personas, entre muchos otros comportamientos.

Así, el inicio de la relación violenta se sucede durante el noviazgo, cuando son comunes conductas intimidatorias y persecutorias como las llamadas telefónicas permanentes, disfrazadas muchas veces de interés y preocupación; la crítica permanente de las amigas, familia, entorno cercano de sus compañeras. Las relaciones de violencia no se restringen al matrimonio o la cohabitación, ni muchos menos comienzan a operar en ese momento.

A medida que avanza el tiempo, estos actos agresivos se intercalarán con actitudes más calmadas y cariñosas, provocando una situación de confusión en las mujeres que están inmersas en estas relaciones, quienes empiezan a introducir cambios comportamentales para disminuir la



Violencia contra las mujeres

Quien calla otorga

7

agresión, y recuperar el “amor” de su pareja. El modo en el que se produce la agresión generará un deterioro psicológico que conduce a las mujeres a la sumisión, a la vez que dificulta la percepción de una salida posible a ese círculo violento que se retroalimenta.

Lo que la autora describe como ciclo es la intercalación periodos agresivos con fases de reconciliación, así se explican tres fases.

1.- Fase de acumulación de tensión.



La relación comienza a ser distante y tensa. Él comienza a dar muestras de agresividad principalmente verbal, sutilmente y de forma aislada, mediante **menosprecios y descalificaciones**. Como por ejemplo, pequeñas **burlas en espacios públicos** (reuniones de amigos y amigas o familiares), a su forma de vestir, peinarse, reírse, cocinar o hablar, descalificar a determinadas amistades o familiares de la mujer, hacer reclamos de atención.

En los primeros momentos de la relación estos actos violentos tendrán como función el **control, el aislamiento y el desconcierto** en su pareja.

A medida que transcurre el tiempo, estos episodios se van haciendo cada vez más frecuentes y cercanos en el tiempo. Mientras tanto **las mujeres suele intentar apaciguar dichos actos violentos mediante cambios en su conducta**. Sin embargo, esto no sólo no tiene resultados satisfactorios sino que además generarán una fuerte **culpabilización y confusión** en ellas suelen sentirse responsables de esos momentos de tensión y agresión, impropios de una relación amorosa. Todo esto va mellando su autoestima, sin poder detectar las consecuencias que tienen sobre ellas esos cambios comportamentales y actitudinales en los que los agresores van ganando terreno.

2.- Fase de explosión violenta.



En esta fase se produce una **descarga de la tensión y violencia** que dejaba entrever la primera fase. Aquí se suceden las agresiones verbales más violentas: insultos fuertes, descalificaciones, como tratar a las mujeres de locas o inútiles, gritos, aspavientos... y puede que también episodios de

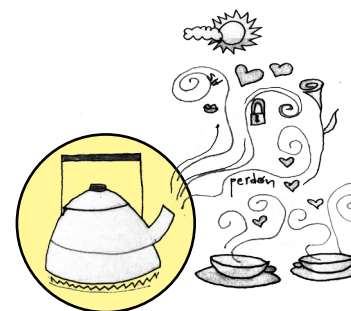
violencia física, así como la ruptura de objetos de importancia para ella, golpes sobre muebles, aparatos, o sobre el cuerpo de su compañera. Las mujeres viven las consecuencias sintiéndose **culpables** por la situación, impotentes ante la incapacidad para disminuirlo, y **confusas**. No podemos olvidar que es una relación inscrita en el amor, ¿cómo aceptar que quien nos “ama” nos daña?

Esta explosión violenta genera un **estado de alerta** que tiene grave impacto en la salud de las mujeres; en tanto supone estar en continua vigilancia porque los ataques son absolutamente impredecibles y atienden a excusas irracionales. Ello genera tensión muscular, problemas para conciliar el sueño, estrés crónico, desórdenes alimentarios, tabaquismo, entre muchas otras complicaciones de salud.

Además de la culpa, la **vergüenza** es otro sentimiento que aparece en las situaciones de violencia ya que muchas veces, sus entornos cercanos, de familiares y amistades exigen a estas mujeres la salida inmediata de la relación, cosa que sin un trabajo terapéutico previo, puede no ser posible desde sus puntos de vista. Encontrarse inserta en una relación de violencia genera mucha vergüenza y esto, contribuye al aislamiento de ellas, junto con los mecanismos de control puestos en marcha por los agresores.

Después de la tormenta viene la calma, en la siguiente fase, el agresor pretenderá recuperar el afecto de la mujer.

3.- Fase de reconciliación o luna de miel.



Tras el episodio violento se da paso a esta tercera **etapa de reconciliación**. El agresor muestra a la mujer una actitud totalmente transformada, amorosa y tranquila. Tratará de justificar la agresión de las formas más diversas junto con promesas de que no volverá a ocurrir. Es el momento de los regalos, las invitaciones a cenar o a actividades importantes para la pareja, los gestos de cuidado y protección. **De esta manera le devuelve la imagen de ese príncipe azul del que ella se enamoró.**

La conducta violenta será justificada por el agresor bajo diversas excusas, todas atribuidas a **factores externos a sí mismo**: consumo de sustancias (alcohol, drogas, etc.), tensión por otros motivos (trabajo, familia, problemas económicos, etc.), y lo más habitual es que termine con una recriminación hacia ella por *poco comprensiva*. Esta culpabilización hacia las mujeres se hace más común en relaciones de violencia de larga duración, el agresor determina que la responsabilidad la tiene la mujer por no haber hecho algo o por haberlo hecho en contra de su voluntad.

Estas mil razones llevan a exponer que no ha sido él quien ha



Violencia contra las mujeres

Quien calla otorga

7

violentado, sino que han sido las circunstancias externas las que lo han llevado a realizar esas conductas; desentendiéndose así de toda responsabilidad de las agresiones cometidas. Estas muestras de arrepentimiento unidas a las promesas de que no volverá a ocurrir, y al retorno de ese “hombre encantador”, con frecuencia llevan a las mujeres a confundir la responsabilidad de las agresiones, donde o bien tercerizan la responsabilidad o bien sienten la necesidad de justificarse continuamente por sus actos u omisiones. Lo cual a su vez habilita cada vez más la perpetuidad de la relación, en tanto la atribución de las causas de la violencia ensombrecen otras formas de relación posibles.

A medida que transcurre el tiempo y la relación se cronifica, los periodos entre las fases serán más cortos, hasta que la que la fase de luna de miel desaparece y la relación se detiene en momentos de tensión y explosión.



Las mujeres en situación de violencia son sobrevivientes. Atribuirles una actitud pasiva y conformista es altamente injusto una vez que tomamos consciencia de su compleja cotidianeidad. Son mujeres altamente activas que luchan a diario por sostenerse con vida, defenderse y disminuir los episodios de violencia a los que son sometidas.

4.- Escalada de la violencia de género: reinicio del ciclo

Una vez que el agresor ha recuperado a su pareja, vuelve a sentirse seguro; entiende que no la perderá y comienza de nuevo con la irritabilidad y abusos. Cada vez que la mujer muestre signos de autonomía será castigada, incluso cuando intente complacerlo, también será receptora de desprecio. **El agresor es quien controla los ciclos, su duración, y por tanto, la relación.** Ella haga lo que haga no podrá controlar el

CICLO DE LA VIOLENCIA

ELLA

- * Disminuir tensión con cambios conductuales
 - Dejar de usar la ropa que él le critica.
 - Disminuir frecuencia de visitas a determinadas amistades/familiares.
 - Disminuir presencia en espacios públicos.
- * Sentimientos de vergüenza, confusión, malestar...

-1- ESCALADA DE VIOLENCIA

ÉL

- * Ruptura de objetos
- * Violencia física
- * Rotura de ropa
- * Cortes, quemaduras
- * Encierros en casa o habitaciones...

-2- EXPLOSIÓN

ELLA

- * Miedo
- * Vergüenza
- * Ira
- * Sentimiento de culpa...

ÉL

- * Burlas sobre su forma de vestir, hablar, reírse...
- * Minusvaloración de sus logros, capacidades y /o actividades importantes para ella...
- * Muestras de celos
- * Comentarios jocosos sobre amistades o familiares...

ÉL

- * Justificar la agresión
- * Regalos
- * Muestras de celos
- * En relaciones avanzadas posibilidad de culpar a sus compañeras de haber generado el conflicto
- * En fases iniciales promesa de que va a cambiar...

-3- LUNA DE MIEL

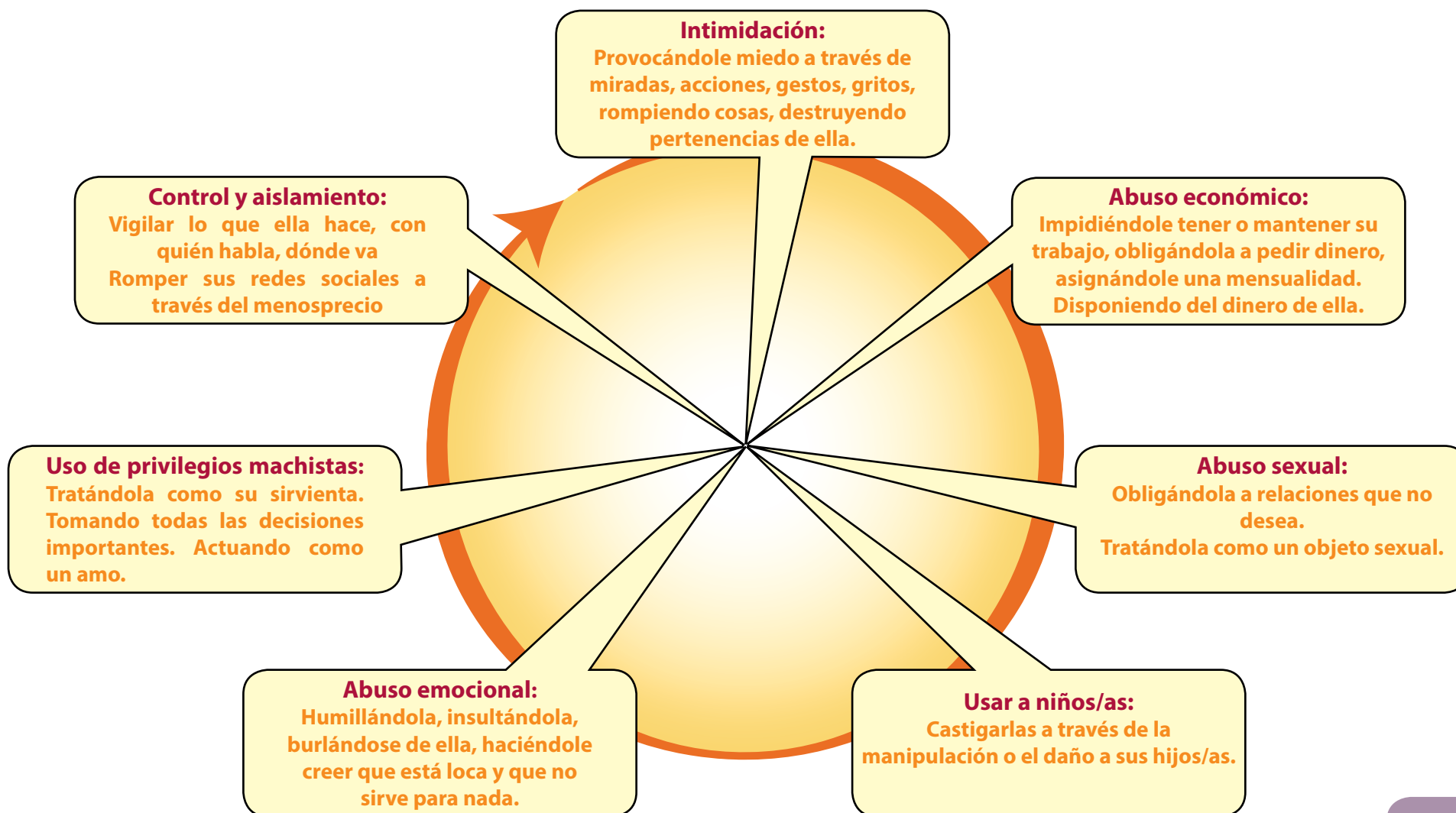
ELLA

- * Reenamoramamiento
- * Creencia en la posibilidad de cambio
- * Sentimiento de culpa, miedo
- * Temor a la soledad o a la condena social...



ALGUNOS DE LOS MECANISMOS DE CONTROL Y PODER PUESTOS EN MARCHA POR LOS AGRESORES

(Esquema extraído de: Prieto, Pilar Blanco - Ruiz-Jarabo Quemada, Consue (2005) eds., La violencia contra las mujeres: prevención y detección. Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas, Madrid: Díaz de Santos.):





7.3.- FORMAS DE EXPOSICIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES SOBRE SUS HIJOS E HIJAS

“El sexismo afecta al crecimiento de los niños y niñas. Suprime muchas de sus capacidades impidiendo el libre y total flujo del desarrollo orgánico. Las niñas a menudo son estimuladas a desarrollar sólo lo que rotulamos como “femenino” y los niños son alentados a hacer sólo lo que se considera “masculino”, inhibiendo así extensas áreas de capacidades humanas innatas a cada cual. Estas capacidades continúan pujando por abrirse paso de cualquier modo, y lo que sucede cuando lo logran afecta en sumo grado a la salud emocional de la niña y el niño”

Violet Oaklander

Ventanas a Nuestros Niños, 1992

Los hijos y las hijas de las mujeres en situación de violencia están igualmente expuestos/as a ella, hayan sufrido las agresiones en forma directa o no. Vivir en un entorno en el que la violencia se impone, es una forma de maltrato psicológico que causa una gran variedad de disfunciones mentales y del comportamiento que pueden persistir en la vida adulta. En línea con las investigaciones sobre la temática, así como desde la actividad profesional se verifica que las niñas y los niños que han estado expuestos/as a la violencia del maltratador también son afectados/as, pues padecen las mismas secuelas psicológicas que a quienes va dirigido el maltrato: las mujeres.

Independientemente de que no sean objeto directo de las agresiones,

el maltrato psíquico está necesariamente presente al tener un progenitor que se maneja en relaciones de poder-sumisión. Además de ello, pueden sufrir maltrato físico y sexual, por parte de la pareja de su madre, sea su padre o padrastro. Incluso pueden ser violentados/as para dañar a las mujeres.

La visibilización de la existencia de la Violencia de Género ha sido un proceso lento, que ha tomado forma en las últimas décadas. El efecto que acarrea este tipo de maltrato sobre las niñas, niños y adolescentes del núcleo familiar continúa aún invisibilizado en gran parte del mundo, pues parece ser un paso posterior al reconocimiento de sus madres como padecedoras de esta violencia. Fruto de esta minimización, existen grandes déficits en la atención a este sector en las unidades de atención e intervención a la violencia de género, que casi nunca cuentan con profesionales, recursos o programas específicos, por no hablar de las escasas publicaciones especializadas al respecto. Si analizamos la definición de la ONU en 1993, podemos comprobar que esta población quedan fuera de esta definición. Según la Organización de las Naciones Unidas, la violencia de género se define como *todo acto de violencia basado en el sexo femenino, que causa o es susceptible de causar a las mujeres daño o sufrimiento físico, psicológico o sexual, incluidas las amenazas de tales actos y la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública y en la privada*. Desde nuestra perspectiva, hijos e hijas se encuentran así mismo afectadas/os por la violencia de género en tanto son los agresores quienes apoyados en el privilegio y dominación que les proporciona su género -varón- quienes se encuentran



Violencia contra las mujeres

reforzados en el ejercicio de la violencia. Suelen ser considerados las figuras de autoridad del núcleo familiar, encargados de la disciplina y el castigo. En relación a ello, consideramos que el eje está en la posición jerárquica que ocupan los agresores, por los privilegios que vienen de la intersección del género, la clase social, la sexualidad entre otras. Es así que insistimos en introducir en los espacios de atención a la violencia de género recursos y equipos especializados que puedan dar respuesta a esta población.

Éstas son algunas de las formas de exposición a agresiones en los y las hijas de mujeres en situación de violencia (Save the Children, 2011: 16)

- * Intervención: Violencia que sufre el niño o la niña al intentar proteger a su madre.
- * Victimización: niños/niñas, adolescentes se convierten en objeto de la violencia psicológica o física en el transcurso de una agresión a la madre.
- * Participación: colaborar en la desvalorización hacia la madre
- * Testificación presencial: el niño o la niña ven la agresión del padre hacia la madre.
- * Escucha: se percibe la agresión desde otra habitación.
- * Observación de las consecuencias inmediatas a la agresión: ven cómo ha sido agredida su madre, el lugar tras la agresión, ven llegar a la policía o a la ambulancia.
- * Experimentación de las secuelas: al vivir los síntomas de su madre, la separación de sus padres o el cambio de residencia.
- * Escucha de lo sucedido: presenciando conversaciones entre

Quien calla otorga

adultos.

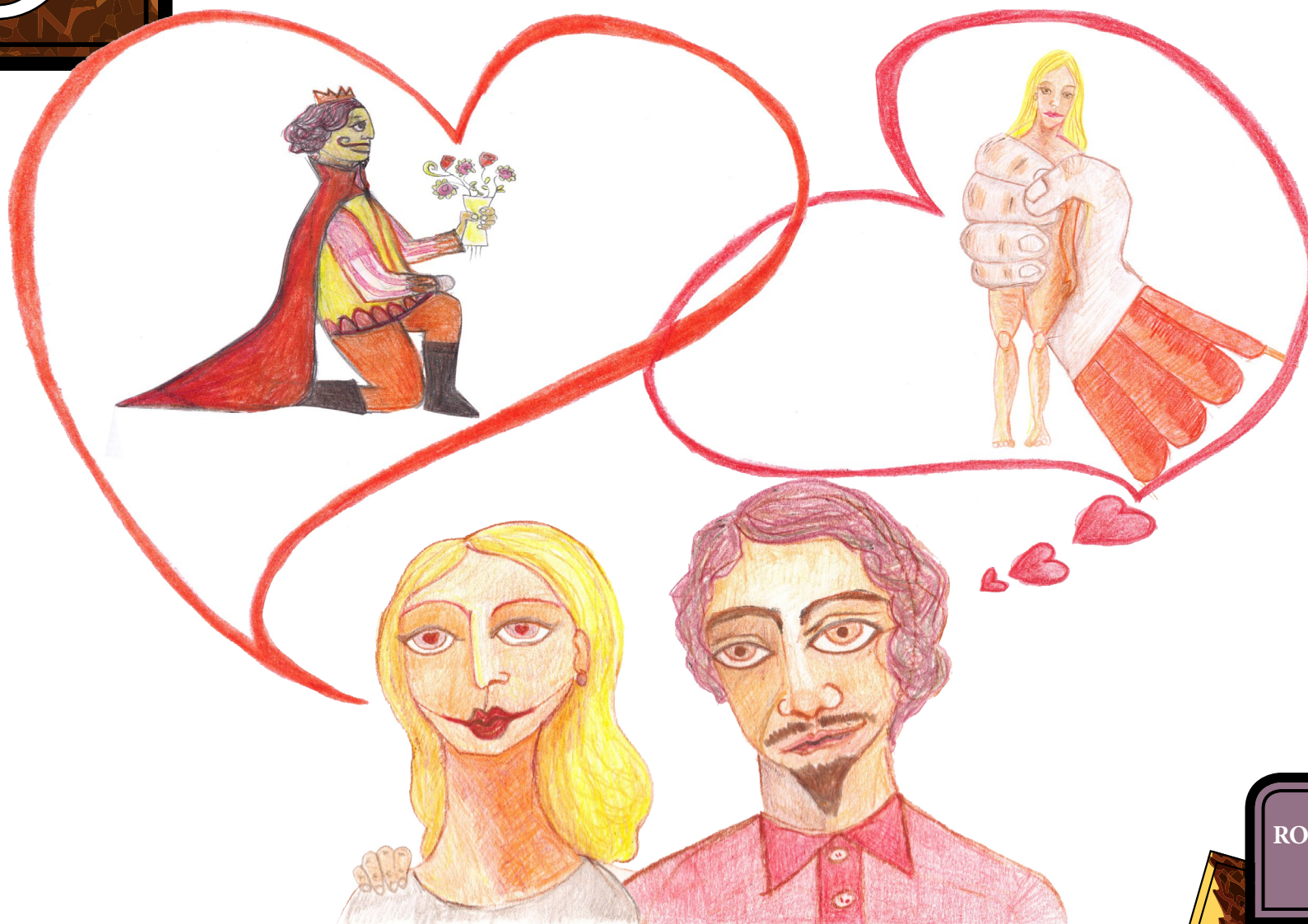
- * Desconocimiento de los acontecimientos al haber sucedido lejos de los niños o niñas o no estar informados de los procesos y decisiones que se toman y les afectan.

Con frecuencia, esta exposición a la violencia de niños, niñas o adolescentes es utilizada en contra de las mujeres situándolas en el lugar de “malas madres” incapaces de garantizar la protección de sus hijos e hijas. Es necesario **insistir en focalizar al responsable de esta violencia y la exposición a la misma al todo el núcleo de convivencia: el agresor.** También es común encontrarnos con prácticas *culpabilizadoras y de castigo* hacia las mujeres, que partiendo de la premisa anterior se les retira la tutela por no haber puesto fin a la situación. Esto, una vez más, niega la complejidad de esta violencia y sus mecanismos, revictimizando a las mujeres y a sus hijos e hijas.

7

8

FORMAS PATRIARCALES DE CONCEBIR EL AMOR: vínculo con la violencia en el contexto de pareja



ROSANA RODRÍGUEZ
ALEYDA YANES



8.1.- AMOR ROMÁNTICO / AMOR DE PAREJA

Durante todos estos siglos, las mujeres han sido espejos dotados del mágico y delicioso poder de reflejar una silueta del hombre de tamaño doble del natural.

*Una habitación propia (1929)
Virginia Woolf*

El amor, si bien refiere a un sentimiento o emoción connotada universalmente, es una construcción social que varía según las distintas épocas históricas y las diferentes culturas. Su versión como **amor romántico** tiene origen en los albores de la modernidad, siendo uno de los mitos fundantes de ésta. El amor romántico es un concepto fundamental en el imaginario social, que suele ser el trasfondo de la violencia de género. Su representación está diseminada en diferentes discursos, creencias, producciones culturales y audiovisuales que marcan las formas, los rituales así como las actitudes que lo caracterizan y hacen reconocible. La tradición judeo cristiana ha jugado históricamente un papel fundamental en la reproducción y organización de una serie de privilegios patriarcales, creadores de desigualdad, cuya naturalización es posible, al validarlos a través de una determinada concepción del amor. Habrá entonces una manera de definir qué es y qué no es amor y se asignarán para ellos roles y mandatos de género: en el caso de las mujeres la abnegación, el sacrificio y la entrega, y en el de los varones la Indiferencia, el desinterés o falta de responsabilidad en lo emocional,

sexual y cotidiano.

La forma hegemónica de concebir el amor en nuestras sociedades, integra una ideología que funciona como fuente configuradora de prácticas sociales e individuales, formando parte del proceso de construcción de las relaciones de género. Así, las maneras dominantes de entender el amor se erigen y construyen como un aspecto fundamental de la vida de las mujeres, jugando un rol central en el mantenimiento y perpetuación de la subordinación social de éstas y de la violencia que reciben.

Es así que el amor romántico o pasional es una de las formas de amor posibles, que se constituye a partir de la presencia del deseo sexual, el deseo de intimidad y de durabilidad (Mari Luz Esteban, 2011). Se percibe singular y distintivo respecto de otras formas amorosas, sea por el compromiso al que puede remitir o por las expectativas que genera, a partir de lo cual se establece por encima de esas otras fórmulas como serían la amistad. En el caso de las mujeres, el único amor que socialmente se prioriza al de la pareja es el amor por hijos e hijas; no siendo así lo destinado para los varones, donde el amor juega un papel mucho menos configurador de identidad y bienestar.

El amor no es un hecho natural, si bien la emoción a la que refiere es rastreable en diferentes contextos geo-políticos, la manera en que ésta se expresa, identifica y materializa depende de la construcción histórica que se haya formulado. Ésta se aprende socialmente, y se trasmite a partir de los procesos de socialización en forma diferencial para mujeres y varones. Esta forma diferencial de vivir, expresar y sentir el amor en función del género, no sólo tiene un impacto subjetivo sino también en la



organización social y política como veremos a lo largo de estas páginas.

Con el desarrollo del capitalismo se hace necesario garantizar condiciones mínimas para el proceso de reproducción de la fuerza de trabajo. Entre los mecanismos creados para tal fin, podemos nombrar aquellos asociados al control y el disciplinamiento de los y las sujetas sociales, en este sentido **el amor romántico nace como una institución moral para acompañar la reubicación de mujeres y varones a los lugares sociales que requería ese momento histórico: mujeres en el ámbito doméstico y varones en el espacio público**. En este contexto resurge la promoción del matrimonio, la familia nuclear como ideal de configuración social, la consolidación de la maternidad como rol exclusivo de las mujeres y el nacimiento del *instinto materno*, la conservación y cuidado de hijas/os propios -en contraposición a prácticas socializadoras de la maternidad-, promoción del amamantamiento, entre otras.

Frases tales como *te amo más que a mi vida o sin ti me muero*, han moldeado la subjetividad de las mujeres, sus cuerpos, sus pensamientos, sus anhelos, su salud. Como lo ha señalado Marcela Lagarde, **se trata de una colonización de las mujeres a través del amor**. *Te coloniza otra persona, te habita. No solamente habita entre tus cuatro paredes*. En nombre del amor, se ha favorecido la tiranía a partir de los afectos y la explotación del trabajo de las mujeres. Precisamente si abordamos de manera crítica estas concepciones en el presente manual, es porque las mismas son las que sirven de soporte, de sustento, de alimento a la desigualdad entre las personas por razón de género, o sea por las desigualdades entre varones y mujeres. Esta ideología del amor ha servido

históricamente para *justificar* la opresión y violencia contra las mujeres bajo el paraguas del amor romántico y lo que éste exige a cambio. A esta ideología amorosa hegemónica hacemos referencia cuando apuntamos a esas relaciones de pareja asimétricas, complementarias, fusionales y eternas.

Tomaremos como definiciones operacionales del amor algunos aportes de Mari Luz Esteban que permitirían definir el constructo hegemónico del amor y proponer alguna alternativa. Nosotras sintetizamos lo primero en *amor como factor de riesgo*, en contraposición al *amor en reciprocidad*.

1) Amor como factor de riesgo:

Mecanismo social de construcción de subordinaciones y sometimientos de género a partir de vincularlas a esta emoción. Esta ideología amorosa hegemónica ha configurado las relaciones de pareja en torno de un ideal de amor alienado/amor romántico, que ubica a las mujeres en el polo de la desigualdad, el sometimiento y el sacrificio en torno del des-encuentro, la carencia y la falta. Por ejemplo abuso de los tiempos y capacidades de las mujeres para el cuidado gratuito por “amor” a su esposo, hijos e hijas, madre, padre, etc. Otro ejemplo vinculado a la violencia sería el sostenimiento de la relación por “amor” a sus hijos e hijas ya que “necesitan una familia bien constituida”.

2) Amor en reciprocidad:

Se trata de un amor que no responde a ninguna falta o carencia. Un amor que sitúa a las personas vinculadas afectivamente en posiciones



igualitarias. Con ello no pretendemos idealizar un espacio interpersonal sin conflictos; apuntamos a la erradicación de relaciones abusivas, y la promoción de la reciprocidad de los cuidados y reparto equitativo de las responsabilidades. Una relación donde el amor comprenda y recupere las dimensiones de la autonomía, la solidaridad y el placer.

8.2.- RELACIÓN AMOR / PODER – PODER / AMOR

Reflexionar sobre el amor supone reconocer su dimensión política. Que no sólo se expresa en las instituciones sociales, leyes, políticas públicas (infancia, familia, atención a la discapacidad, entre otras); sino también en la construcción de los y las sujetos social y subjetivamente. Repensar la construcción hegemónica del amor de pareja nos permite desenmascarar sus funciones en la jerarquización del orden social y reproducción de la desigualdad.

De la misma manera, es necesario pensar el amor en su dimensión histórica y desvincularlo de la experiencia del amor en singular. De este modo Mari Luz Esteban^[61] define al pensamiento amoroso como una determinada *ideología cultural*, una forma particular de entender y practicar el amor. ***En este modelo emocional hegemónico y concreto***

61.- Mari Luz Esteban es licenciada en medicina por la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (1983), y doctora en antropología social por la Universitat de Barcelona (1993). Desde 1994 imparte clases de antropología social (Universidad de León, Universidad Pública de Navarra-NUP y UPV/EHU), es directora del Dpto de Filosofía de los Valores y Antropología Social, y coordinadora del Master Universitario en Estudios Feministas y de Género en la UPV/EHU. Es especialista en antropología feminista y antropología de la medicina.

-dominante en occidente hoy día- se produce una construcción y una expresión cultural de las emociones que tiende a enfatizar el amor por delante, no sólo de otras emociones, sino también de otras facetas humanas (solidaridad, justicia, libertad...). Y se convierte en una forma dominante de representar lo humano que se aplica de distintas maneras a mujeres y varones. (...) Este pensamiento amoroso es así el caldo de cultivo, la matriz ... de un orden social desigual. (Mari Luz Esteban, 2011:47).

8.3.- CARACTERÍSTICAS DEL AMOR ROMÁNTICO COMO CONSTRUCCIÓN HEGEMÓNICA

En referencia a la pareja, este amor romántico se sostiene en:

- * La idealización del amor en sí mismo, entendido como lo sublime, inexplicable, arrebatador, imprevisto, incontrolable, desbordante, dador de felicidad absoluta.
- * El amor en pareja como ideal de amor, y por sobre cualquier otro vínculo.
- * El privilegio de una forma de deseo frente a otras: heteronormatividad.
- * Entender las relaciones entre varones y mujeres de forma dicotómica y complementaria: *media naranja*.



- * Establecer una relación diferencial y desigual en las pautas emocionales y comportamentales asociadas a cada género, donde las mujeres están situadas en la “dependencia” subjetiva y material. Se requiere de ellas que cumplan el mandato amoroso que implica el desconocimiento de sí mismas, de sus prioridades, de sus deseos, de sus necesidades, de su sexualidad.
- * Sentimentalización de las mujeres, donde se propone su constitución subjetiva a partir de las relaciones afectivas: ser para otro/s.
- * Mujeres como incompletas, abnegadas y sacrificadas por amor: entrega total al amor y sujeto amado.
- * Mujeres como responsables principales de la continuidad de la pareja y buen funcionamiento de la misma; sostener un vínculo indisoluble, *para toda la vida*.
- * Para las mujeres el amor se presenta como carencia (al darse en tiempo y cuerpo) y como renuncia (al darlo todo por amor).
- * El amor como posesión del otro/a y lugar de fusión sin medidas, pudiendo llegar a la despersonalización e identificación plena. Llegando a difuminar las necesidades propias en la pareja o aquellas del sujeto amado.
- * Pasividad erótica para las mujeres que se materializa en una disponibilidad corporal y emocional para el otro; a su vez implica así mismo la inhibición/represión de sus propios deseos eróticos.

Dentro de esta concepción cultural del amor se considera que los afectos y los conflictos forman parte de una relación de pareja. Sin embargo, esta forma de entenderla puede llevar a muchas mujeres a construir su vida amorosa sobre la base de una confianza ciega -fruto de la idealización de la relación- y en consecuencia adaptarse, soportar, o negar conductas y situaciones que desembocan en un auténtico maltrato, violencia psíquica, sexual y/o física. Dentro de este modelo hay una serie de pautas ideales acerca de la persona de la que hay que enamorarse, cómo debe ser la relación, qué conductas se pueden tener y cuáles no, etc. Pautas éstas que llevan implícitos los estereotipos tradicionales de género y una serie de mitos y creencias vinculados a los mismos.

8.4.- MITOS DE AMOR ROMÁNTICO Y SU IMPRONTA EN LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES:

Si bien estos mitos comprenden a la pareja y por tanto, son aplicables al conjunto humano en nuestras sociedades, finalmente el género- como eje transversal a la organización humana- será determinante en la manera en que estos mitos se materialicen, se encarnen. Incluso la transgresión a los mismos será condenada o no, tendrá diferentes grados de gravedad, en función del género de quien disienta. Un ejemplo de esto último podemos detectarlo en lo que refiere al mito de la fidelidad. Sin duda la sociedad naturaliza -enlazado con otro mito^[62] sobre la incontinencia sexual de

62.- Ver apartado 7.1 Mitos sobre la violencia contra las mujeres: “Mitos sobre los agresores”



Violencia contra las mujeres

los varones- que éstos puedan tener múltiples relaciones. En contra de lo cual, las mujeres con relaciones extra-parejiles (o poliamores) encarnan la antítesis de lo que establece su género, son *malas mujeres*, frívolas, malvadas, competidoras... Como vemos, una vez más, el patriarcado atraviesa la forma en que se corporalizan los discursos sociales y las desigualdades -simbólicas y materiales- que de ello se desprenden. Las y los invitamos a buscar ejemplos que identifiquen las diferencias genéricas en la aplicación de estos discursos *míticos*.



Mito de la media naranja / el príncipe azul

Es la creencia de que elegimos a la pareja predestinada; sin la cual somos seres incompletos/as. La figura del *príncipe azul*, hombre perfecto, de los cuentos infantiles y películas hollywoodenses, imagen ideal destinada a la frustración de sus seguidoras. *Alma gemela* que nos completa, capaz de satisfacer todas las necesidades; ese alguien sin el que no somos nada. Este imaginario contribuye de forma nefasta a dos cosas: 1) dificultad en resolver la separación y 2) promover la caída en relaciones violentas. Considerar que otra persona colmará nuestras necesidades supone asumir una postura de pasividad generalizada, de espera permanente, depositar en el otro/a el control de nuestro proyecto vital, de nuestro malestar o bienestar. Conlleva asimismo una negación de la autonomía y de las posibilidades de desarrollo personal para apostar todas las cartas a un otro; quien podrá, por tanto, manipular lo más íntimo y propio. Este

Quien calla otorga

8

mito, inhabilita la posibilidad de encontrar plenitud a través de otras esferas de la vida, donde la pareja pueda ser una faceta, pero no el eje central de bienestar.

❖ ❖ ❖ Mito del emparejamiento ❖ ❖ ❖

es la creencia de que la pareja (heterosexual) es la fórmula natural, y por tanto deseable, en que se relacionan los seres humanos. Esta fórmula esconde las regulaciones que cambian con cada momento histórico-político, aunque las instituciones encargadas de ello (por ejemplo, aquellas que regulan el matrimonio: iglesia y estado) lo presenten como algo universal. Este mito fue introducido por la tradición judeo-cristiana. La aceptación de esta creencia da lugar a conflictos internos (sobre todo en aquellas mujeres que no tienen una relación estable) y/o sostenimiento de situaciones nocivas; este mito es el responsable del miedo a la soledad, tan presente en las mujeres y que se agudiza con el avance de la edad.

❖ ❖ ❖ Mito de la fidelidad ❖ ❖ ❖

Creencia de que los deseos románticos y eróticos deben satisfacerse exclusivamente con una única persona: la pareja. Este mito, en línea con los que lo preceden y continúan, se establece con carácter definitorio y ahistórico, siendo que la monogamia es un factor variable en la historia de las relaciones humanas. La cuestión de la fidelidad en la trayectoria de las mujeres como grupo humano, ha tenido un doble filo. Por un lado



tener que soportar humillaciones públicas debido a los típicos *affaires* que sus esposos, incluso exhibían; y por otro lado, sucumbir a la culpabilidad y la estigmatización social o íntima, en caso de haber sido ellas infieles a sus compañeros. Puesto que el control de la sexualidad de las mujeres es algo en lo que el patriarcado ha puesto especial empeño, la violencia hacia las mujeres que hacían/hacen uso y placer de su sexualidad por fuera de los cánones establecidos se puede rastrear históricamente especialmente en la catalogación de *locas* y *putas*.

❖ ❖ ❖ Mito de la posesión del otro/a ❖ ❖ ❖

Es la creencia de que el/la otra nos pertenece por ser nuestra pareja. Refiere a la convicción de que los tiempos, la intimidad, los sentimientos, el deseo, el cuerpo, incluso sus objetos y espacios, en definitiva, la vida de nuestra pareja nos pertenece. A partir de este mito se justifican conductas de control, de abuso y violación, de intimidación, obligación al relato de lo que el/la otra no desea revelar, violación de la intimidad, etc. Conductas todas éstas que imprimen patrones irrespetuosos, violentos, en la relación. Este aspecto es fundamental trabajarlo con adolescentes^[63] ya que se percibe un aumento de conductas de abusivas y de control -por ejemplo, a través de

63.- Algunas referencias en torno a la temática en jóvenes:

Implicancias del género en la construcción de la sexualidad adolescente. Buenos Aires, 2005. Disponible en: (consultado 16/06/2013): telematica.politicas.unam.mx/biblioteca/archivos/040106006.pdf

Validación del cuestionario de violencia entre novios/as (CUVINO) en jóvenes hispanohablantes: análisis de resultados en España, México y Argentina. Madrid, 2010 Disponible en: (consultado 16/06/2013) http://www.institucional.us.es/apcs/doc/APCS_6_esp_45-52.pdf

mensajes de celular o facebook- desde relaciones a muy temprana edad.



Mito de los celos como muestra de amor

Es la creencia de que los celos son un signo de amor, e incluso el requisito indispensable o muestra del amor verdadero. Bajo este mito se ha justificado el control, el aislamiento y todos los comportamientos egoístas, invalidantes, represivos y violentos contra las mujeres. Los celos son predictores de violencia.

❖ ❖ ❖ Mito de la equivalencia ❖ ❖ ❖

Consiste en creer que el amor es el “enamoramiento”. Las fases de enamoramiento intenso van modificándose con el tiempo, dando lugar a procesos de otro tipo. Aceptar este mito supone no reconocer esa transformación, lo cual habilita -en situaciones de violencia- que la *fase de la luna de miel*^[64] ocupe un lugar tan relevante, que habilite volver a creer en la imagen de “príncipe azul” y pareja perfecta en cuyo anhelo las mujeres han sido socializadas, tal y como hemos descrito.

❖ ❖ ❖ Mito de la omnipotencia ❖ ❖ ❖

Creencia de que “el amor lo puede todo” y por tanto si hay amor verdadero

64.- Ver apartado 7.2 El ciclo de la violencia.



Violencia contra las mujeres

no deben influir los obstáculos externos o internos de la pareja; es suficiente con el amor para solucionar todos los problemas. La aceptación de este mito impulsa el sostenimiento de las relaciones violentas, ya que comprende que es cuestión de *amar lo suficiente*. Asimismo, fomenta -en los inicios de una relación- la creencia de que poniendo el suficiente empeño y amor, el agresor dejará de ser dañino.

❖ ❖ ❖ Mito del libre albedrío ❖ ❖ ❖

Creencia de que nuestros sentimientos amorosos son absolutamente íntimos y no están influidos por factores socio-culturales ajenos a nuestra voluntad y conciencia. Aceptarlo supone no reconocer las presiones que la sociedad y la cultura ejercen sobre las personas y su forma de relacionarse. Sus consecuencias con respecto a la violencia suponen considerarla una cuestión de ámbito privado y eliminar la raigambre social de la misma. Registrar la dimensión cultural de las relaciones amorosas contribuye a cuestionar esos supuestos que establecen una forma única de relación posible, habilitando la identificación de nuestros propios deseos.

❖ ❖ ❖ Mito del *para siempre* ❖ ❖ ❖

la dimensión del tiempo en las relaciones de amor se inscribe en la eternidad. Una separación pareciera desmentir lo vivido hasta entonces, no haber dado con el amor, no haberlo sentido, no haberlo vivido nunca. En concreto para las mujeres a ello se puede sumar la sensación de fracaso

Quien calla otorga

8

personal por no haber podido sostener esa eternidad. Son varias las autoras en teorizar y repensar el lugar de los afectos y el amor en las condiciones de vida y subjetividad de las mujeres (Mari Luz Esteban, 2011; Mabel Burin, 1999; Marcela Lagarde, 2000; entre muchas otras) y todas coinciden en que esta esfera de la vida -pareja y/o familia- es piedra angular de valoración y acceso a condiciones materiales y simbólicas para las mujeres, pues son aspectos de fuertes mandatos de género. Por amor las mujeres han de soportar lo inaudible, pues son las guardianas y protectoras de este valor moral, por encima incluso de ellas mismas.

Es necesario una re-socialización del concepto de amor, de los modelos amorosos deseables y de los modelos para varones y mujeres basados en el afecto y la confianza, el compromiso emocional y la reciprocidad; como forma de prevenir relaciones abusivas y violentas.



Sostenemos que aceptar este modelo romántico de modo rígido contribuye a aumentar el riesgo de exponerse a relaciones violentas. En el caso de las mujeres, este modelo de amor junto con el desempeño de roles de género tradicionales son factores predictores de situaciones de violencia. Ello, en tanto supondría centrar su vida en la relación de pareja y familiar, construyendo en torno a ello el sentido del sí mismas.



8.5.- EL MIEDO A LA SOLEDAD

En línea con lo anteriormente expuesto, en tanto a las mujeres como género se les asignan mandatos entre los cuales destacamos el de situar la relación amorosa como eje central de sus vidas, la soledad se establece como equivalente a estar sin pareja. Tal y como ya apuntamos, la jerarquía que establece el amor de pareja por sobre otros vínculos, dota de un vacío, irreal si se quiere, la ausencia de ésta. Es así que **aun teniendo amplias redes sociales y/o familiares, sin pareja las personas se pueden definir como “solas”**. Este miedo a la “soledad” junto a otros factores, obstaculiza la salida de las relaciones violentas.

Este miedo es el arma más poderosa para intimidar nuestra autonomía y libertad. En este sentido Marcela Lagarde afirma que éste es un miedo aprendido, que inhabilita tomar decisiones, vivir la independencia. Un miedo aprendido desde muy pequeñas, para consolidar el sentimiento de dependencia y al mismo tiempo desprestigiar la soledad como una opción posible para las mujeres. De esta manera se establece socialmente esta soledad como una experiencia indeseable, que no puede ser elegida; sin embargo es la soledad la que nos proporciona las condiciones de mayor autonomía y libertad. Por ello, la autora mexicana diferencia entre soledad y desolación.

La desolación es ese sentimiento de pérdida irreparable, que se puede experimentar cuando se termina una relación o cuando no llega a serlo, y suele estar acompañada de la expectación de la llegada de ese alguien que nos acompañe en el tránsito vital.

La soledad, en cambio *puede definirse como el tiempo, el espacio, el*

estado donde no hay otros que actúan como intermediarios con nosotras mismas. La soledad es un espacio necesario para ejercer los derechos autónomos de la persona y para tener experiencias en las que no participan de manera directa otras personas^[65].

Ahora bien la cuestión consiste en desmontar ese sentimiento de desolación que aleja a las mujeres de sus proyectos propios y de su bienestar. **Re-significar la soledad, revalorizarla como una práctica necesaria para la construcción de la autonomía implica un trabajo subjetivo de reconocimiento de la necesidad de dependencia emocional para poder frenarla, y ampliar las dimensiones de disfrute de la soledad.** Esa necesidad emocional creada que prioriza al otro, en lugar del disfrute personal de una experiencia, se impone como mandato, es éste el núcleo a trabajar. La soledad es un espacio propio, es el mejor ambiente para el desarrollo del pensamiento crítico, para la autoerotización, la sexualidad y el autocuidado, la creatividad y el descubrimiento. *La soledad es un recurso metodológico imprescindible para construir la autonomía... Al crecer en dependencia, por ese proceso de orfandad que se construye en las mujeres, se nos crea una necesidad irremediable de apego a los otros. El trato social en la vida cotidiana de las mujeres está construido para impedir la soledad. El trato que ideológicamente se da a la soledad y la construcción de género, anulan la experiencia positiva de la soledad como parte de la experiencia humana de las mujeres. Convertirnos en sujetas significa asumir que de veras estamos solas: solas en la vida, solas en la existencia.*

65.- Entrevista a Marcela Lagarde <http://www.mujerpalabra.net/frases/?p=462>

9

UNA PROPUESTA TERAPÉUTICA: el trabajo grupal con mujeres en situación de violencia con sus parejas o ex



M^a JOSÉ GONZALEZ
ALEYDA YANES



9.1.- ¿POR QUÉ UNA PROPUESTA GRUPAL?

En concordancia con lo expuesto, la violencia de género en el contexto de pareja tiene graves repercusiones en la salud y el bienestar de las mujeres a corto y largo plazo. Al tratarse de una violencia cotidiana, que se cronifica, resquebraja profundamente los cimientos psíquicos. Poco a poco va socavando su energía y confianza afectando la salud integral en forma integral, esto es, en sus aspectos bio-psico-sociales. Las secuelas en la salud persisten incluso mucho después que la relación de violencia haya terminado. Todo este proceso suele ser vivido con sentimientos de soledad e incompreensión; en gran parte por el deterioro de las redes familiares, sociales, laborales, afectivas con las que cuentan.

Este aislamiento en el dolor se desenmascara en el relato colectivo. La terapia llevada a cabo en un grupo de mujeres que han transitado situaciones de violencia, requiere que éstas se encuentren dispuestas a compartir la experiencia, relatarla y pensarla delante de -y junto con- otras mujeres.

En este proceso de escucha de historias de vida de las otras y reflexión sobre la propia narración, surgen lugares comunes que permiten comprender una subjetividad marcada por una opresión que ancla en nuestra estructura social. De esta manera, el grupo terapéutico implica armar un proyecto *compartido con otras*, un proyecto colectivo y a su vez subjetivo, en el que cada mujer buscará apoyo, se verá reflejada, podrá disentir, aprenderá de las otras y compartirá la vivencia de sus malestares hasta donde desee.

Las mujeres integrantes del grupo posiblemente se encuentren en diferentes grados de riesgo, pero ninguna de ellas estará fuera del mismo. De esta manera el grupo se constituye como una **fuentes de seguridad y contención** donde las mujeres pueden no sólo intercambiar observaciones entre ellas, sino también construir una red de apoyo y sostén fuera de la institución.

Recordando la diferenciación entre **desvinculación/ denuncia/ cese de la violencia**, apuntada anteriormente, decimos que ninguna de estas mujeres está fuera de riesgo, si bien aquellas que estén en condiciones de mayor vulnerabilidad requerirían de intervenciones específicas fuera del grupo. Es así que el grupo también puede suponer una fuente de estrategias y creatividad en las formas de resistencia a la violencia, en forma concreta. De la misma manera, las experiencias de recuperación de unas pueden ser muy útiles a otras. Estas estrategias que nombramos hacen referencia por ejemplo a la socialización de excusas que utilizan con los agresores para la asistencia al grupo o para participar de otras actividades; a tácticas para escapar al control; a la facilitación de contactos legales, psicológicos u otros, confiables, o sea que atiendan a sus situaciones específicas; a poner en marcha una red con la que contar para la búsqueda de trabajo o para con un refugio disponible para cuando no pueda volver a casa.

9.2.- ENCUADRE TERAPÉUTICO

Al referirnos al abordaje terapéutico grupal para mujeres en situaciones de violencia de género por parte de sus parejas o ex-



Violencia contra las mujeres

parejas, resulta fundamental plantear las perspectivas sobre las que se apoya el encuadre de trabajo como dispositivo de intervención. En este sentido, se propone un abordaje terapéutico grupal desde **una perspectiva de género, feminista** y desde **el construccionismo social** ya que posibilita entender la problemática abordada teniendo en cuenta múltiples factores sociales, económicos, religiosos, individuales, por nombrar sólo algunos de los que atraviesan esta problemática.

El construccionismo social, los estudios y praxis feministas, parten de una crítica social a la *naturalización* de las construcciones culturales, en este caso con respecto al género y a la construcción del amor. Las distintas sociedades, histórica y geográficamente consideradas, crean su propio imaginario social, sus ideas sobre el amor. El problema viene cuando una construcción se alza como hegemónica, como *la norma*, situando en la *anormalidad* otras formas posibles, otras ideas sobre los vínculos amorosos. En ese procedimiento muchas veces la validación viene a través de asociar lo *normal* con lo *natural*, patologizando otras formas posibles.

En nuestras sociedades la idea de *amor romántico*, se construye desde los distintos factores sociales de poder: los medios de comunicación, la educación, las referencias cinematográficas, artísticas, la ciencia, las políticas públicas, la religión entre otras, las cuales inciden directa o indirectamente en las construcciones de las relaciones que las personas realizamos en nuestra vida cotidiana y la regulación de las mismas.

En términos generales, las *teorías de género y feministas* plantean que las construcciones culturales alrededor de la diferencia sexual

Quien calla otorga

9

han sido posibles a través de un sistema asimétrico de orden social y reparto de funciones, lo que se denomina **patriarcado** (ver nota al pie 25), condicionando determinados modelos de relaciones entre hombres y mujeres (Jaivén, 1998). Asimismo, el construccionismo social plantea que el conocimiento es construido desde las prácticas socio-culturales, a diferencia del conocimiento construido desde el individuo (visión en crisis). Considera así el discurso sobre el mundo, como un dispositivo de intercambio social y no como una reflexión o mapa del mundo. (Gergen, 1993)

Por consiguiente, la relación que se establece entre ambas perspectivas es la **ubicación del conocimiento dentro del proceso de intercambio social** así como su carácter socio-construido y por ello la **posibilidad de ser de-construido y re-construido**. En relación a ello, ambas perspectivas han promovido el desarrollo de nuevos horizontes epistemológicos para comprender y analizar los fenómenos sociales y humanos en su complejidad posibilitando, en este caso, nuevas propuestas de intervención profesional con respecto al ámbito terapéutico en general y a la violencia de género en particular (González María José, 2010:56)

Todas aquellas mujeres-supervivientes^[66] a la violencia de género,

66.- Según datos oficiales estadísticos que aporta el Instituto de la Mujer del gobierno de España durante el periodo del año 2012 se registraron 49 casos de femicidios vinculados a sus parejas o ex-parejas y 19 casos en lo que va del periodo 2013. En Argentina según datos aportados por La Casa del Encuentro se registraron 119 casos vinculados en el periodo que abarca desde el 1 de enero de 2012 hasta el 20 de junio de 2012. Disponible en:

<http://www.lacasadelencontro.com.ar/descargas/femicidios-primersemestre2012>

<http://www.inmujer.es/estadisticas/consulta.do?area=10>

consultado: 29/05/2012

enfrentan graves secuelas en su salud integral, la cual comprende factores bio-psico-sociales, como hemos descrito. Desde una visión macro-estructural señalamos que las secuelas de la violencia de género, producto de relaciones de pareja desiguales, visibilizan una sociedad con secuelas históricas de la lucha de mujeres contra el poder patriarcal. **Secuelas que resultan necesario significar, simbolizar, curar y transformar**, en este caso, desde el ámbito terapéutico grupal para mujeres.

Asimismo, desde las perspectivas que proponemos para el abordaje terapéutico grupal, resulta necesario contemplar que un grupo se construye a partir de las diversas subjetividades de las mujeres que lo integran, las que, probablemente, estén transitando diferentes momentos con respecto a la identificación y toma decisiones en relación a las experiencias de violencias ejercidas por sus parejas o ex-parejas. Pare ello, resulta fundamental que la intervención profesional terapéutica se oriente a integrar aquellos diversos momentos en los que se encuentran las mujeres en un mismo ámbito grupal. Llamamos a este modelo *cooperativo entre iguales*, ya que permite que aquellas mujeres que comienzan el grupo identificando la problemática, sirvan de guía y sostén para aquellas que comienzan un proceso de identificación.

En este sentido, proponemos plantear el abordaje terapéutico

grupal con la mayor horizontalidad posible, fin de disipar un posible enquistamiento del poder profesional. Se trata de disminuir la brecha entre “las poseedoras del conocimiento psíquico de las mujeres” y “aquellas

otras que desconocen su recorrido psíquico y/o las sufrientes”; y a su vez integrar las diferencias que puedan plantearse entre las mismas mujeres del grupo con respecto a su tránsito subjetivo por la violencia.

Un ejemplo de ello, que resulta clave en la integración grupal además de un posicionamiento político y profesional con respecto a las violencias de género, está en el lenguaje utilizado para dirigirse al grupo. En nuestra experiencia de abordaje terapéutico^[67] con mujeres, el uso del **nosotras** ha servido para generar mayor cohesión grupal, mayor apertura subjetiva y menor resistencia al cambio por parte de las mujeres ya que, los modelos de referencia dentro del grupo terapéutico -como pueden llegar a ser las profesionales u otras mujeres- no resultan de este modo tan lejanos ni ajenos; la *otredad* y extranjería a la experiencia de las otras se diluye, remarcando así la opresión colectiva sin que ello difumine la subjetividad propia.



67.- Grupos terapéuticos para mujeres que han transitado situaciones de violencia por parte de sus parejas o ex -parejas desarrollados desde el año 2010 hasta la actualidad a cargo de la Asociación Des. Cos. Idas en el Servicio de información y atención a las mujeres (SIAD) de Gavá, Barcelona.



9.3.- OBJETIVOS A TRABAJAR EN LAS SESIONES

Si bien los objetivos de cada grupo dependerán de los contextos concretos donde intervengamos, hay una serie de aspectos que consideramos importantes trabajar en relación a la problemática. Asimismo consideramos interesante una concepción dinámica y abierta de los objetivos del grupo que ceda el espacio a sus participantes para ser generadoras de contenidos, intereses y conflictos a tratar durante las sesiones; evitando de esta manera metas estancas que puedan no corresponder a las necesidades del grupo y sus integrantes. Pensamos que la tarea de las terapeutas es acompañar y promover este proceso con intervenciones que estimulen la reflexión, el recuerdo y la comprensión respecto al conflicto limitante y productor de sufrimiento: la violencia con su pareja o ex.

* Fundamental **ubicar la violencia de género dentro de un marco estructural de relaciones de poder desiguales entre varones y mujeres** tal y como hemos venido apuntando. A partir de lo cual se inscribe esta experiencia individual y colectiva que reúne al colectivo mujeres. Se posibilita así analizar las secuelas y consecuencias de la violencia con significados sociales y culturales que a su vez median en las formas a las que han tenido acceso de sucumbir y resistirse a la violencia.

* En relación con lo anterior, conviene **revisar y modificar creencias**

tradicionales acerca de los roles de género y las actitudes sexistas pues son sostenedoras de la violencia y de la explotación de las mujeres.

* Consideramos que es clave la profundización sobre los **procesos internos de construcción de identidad y construcción subjetiva en los vínculos afectivos**: ¿Cómo nos percibimos? ¿Qué creemos que se espera de nosotras como mujeres, esposas y/o madres? ¿Qué queremos para nosotras? ¿Qué proyectos individuales hemos emprendido o deseamos emprender? ¿qué esperamos de una relación amorosa? ¿qué desechamos de lo vivido en la relación violenta? ¿cómo nos hemos percibido en ésta? En este proceso es necesario por un lado, despejar posibles culpabilidades aprendidas, y por otro trabajar fuertemente la oposición a la sumisión y promover el empoderamiento. Es fundamental trabajar la seguridad y confianza en sí mismas, y en otras mujeres, así como el fortalecimiento en la toma de decisiones.

* **Elaborar en forma concreta los episodios de violencia más habituales o identificados por ellas como nocivos, dañinos o violentos.** A partir de su elaboración se podría despejar sentimientos de frustración, humillación o responsabilidad en relación con esos episodios. Es importante que el grupo no se sobreponga por encima de las experiencias subjetivas de cada mujer, y que se abra el espacio si éstas desean compartirlo para poder hacer una reestructuración de la vivencia. Con frecuencia en este relato se identifican patrones comunes dentro de las agresiones, lo cual suele ser un factor que fomenta la empatía y el



alivio al poner de manifiesto una vez más, los lugares comunes dentro de las participantes del grupo.

✱ **Atender y contribuir en la disminución o eliminación de los malestares** derivados de la violencia que tendrán una impronta diferenciada en cada mujer, a lo que el espacio grupal tiene mucho que aportar como espejo de esa imagen. Es necesario atender a lo específico de los padeceres psíquicos como episodios de ansiedad, miedos, estados de ánimo depresivos, por mencionar algunos.

✱ **Analizar críticamente los presupuestos derivados de la construcción del amor romántico** (ver apartado anterior), como aquello que determina la forma en que configuramos la pareja y lo que este modelo de relación habilita para cada género. Sostenemos la importancia de realizar este análisis en torno a los modelos amorosos debido a la instalación del amor romántico en el imaginario colectivo y su complicidad con la violencia y las relaciones desigualitarias. Es por ello que insistimos en la importancia de remarcar el anclaje cultural y social de los mitos trabajados anteriormente con objeto de habilitar la contrucción en el imaginario y la práctica, de relaciones humanas basadas en el respeto, la confianza y la reciprocidad. Lo cual es una fundamental herramienta



de recuperación y prevención de la violencia. La internalización de estos mandatos sociales-sexuales, patriarcales y hegemónicos contribuye, en las relaciones de violencia, a la dificultad para decidir la separación, fomentar la frustración y sentimiento de fracaso, creer en cada nueva oportunidad que brindan al agresor y en la posibilidad improbable de *comer perdices*.

✱ **Retomar las dinámicas de relación y desmontar sus mecanismos.** Dentro de este proceso de resituar las experiencias vividas insistiremos en dos puntos: por un lado, tal y como ya apuntamos, retomar sus actitudes frente a la violencia como respuestas de defensa y no como agresiones iniciadas por ellas. Esto es fundamental para poder cuestionar y desestabilizar la violencia como modelo de relación. Y éste es el segundo punto fundamental, el tránsito por una relación dañina supone un aprendizaje de manipulaciones, agresiones verbales y controles que pueden haber sufrido un proceso de naturalización que es conveniente retomar para construir relaciones más igualitarias en un futuro.

Recomendamos la construcción de grupos y espacios de mujeres en los cuales se pueda visibilizar las múltiples estrategias que éstas se han dado y transmitido para resistir frente a la violencia, que han sido



silenciadas pero existentes, tanto las experiencias colectivas como aquellas individuales; así como el desarrollo y socialización de herramientas de autoprotección. Se propone un proceso consciente de los espacios de vulnerabilidad del género, y un proceso consciente de cómo revertirlos. Para ello es importante analizar el aprendizaje histórico en la sumisión y la indefensión que se ha impuesto a las mujeres como grupo social. Dentro del proceso de recuperación, insistimos en que es necesario resignificar la propia experiencia identificando las herramientas de autoprotección y supervivencia a la violencia, tal y como hemos venido señalando. Hacerlo junto con otras implica la construcción conjunta de herramientas de seguridad, recuperando las fortalezas disponibles para cada una en función de nuestros cuerpos, nuestras posibilidades de movimiento, habla, etc. Todo ello redunda en el trabajo orientado al fortalecimiento de la autonomía y el desaprendizaje de patrones de sumisión.

9.4.- CONFORMACIÓN DEL GRUPO: CLAVES A TENER EN CUENTA

Si bien insistimos en que cada contexto requiere de la revisión de los supuestos de conformación del grupo y trabajo con el mismo, queríamos explicitar algunos aspectos que consideramos importantes tener en cuenta a la hora de conformar el grupo terapéutico.



Situación de las Mujeres: en tránsito por la violencia/ mujeres desvinculadas

Una decisión a tomar es si este grupo estará conformado por mujeres separadas de la relación violenta -más allá de que puedan seguir padeciendo algunos ataques lo que sucede especialmente cuando hay hijos/as- es decir, que haya iniciado su proceso de desvinculación del agresor. O mujeres que estén insertas en una relación violenta, en el momento de ingreso al grupo. Y una tercera opción es que éste no sea un criterio de entrada, y simplemente se establezca el paso -presente o pasado-, por una relación violenta con la pareja.

Las dos primeras opciones homogenizan el grupo permitiendo afinar más en el diseño de los objetivos y profundizar en aspectos más puntuales. Por ejemplo, en el caso de las que ya están desvinculadas se podría ir más lejos en la construcción de relaciones igualitarias. Mientras que con las que aún están vinculadas podría ser prioritario la identificación de la violencia y las estrategias de salida.

En el caso de que no haya criterio al respecto, la heterogeneidad grupal permite la socialización de estrategias de salida y recuperación que se van poniendo en marcha en diferentes momentos. El grupo funciona como red de contención y seguridad, que proporciona, para las que están aún vinculadas con el agresor, la oportunidad de conectarse con otra mujer que ha podido salir de la situación y conocer sus procesos y estrategias. A la inversa compartir los conocimientos para contribuir en el proceso



de otra, supone reconocer los propios aprendizajes, poder encontrar en el tránsito individual y el recorrido terapéutico un espacio de construcción de conocimiento valioso para sí misma y para otras. Es importante tener en cuenta como terapeutas que los contenidos trabajados sean abiertos de modo que incluyan las diferentes necesidades y no se mecanicen procesos.

La evaluación de estas opciones debe realizarse en función del contexto, por ejemplo en un espacio geográfico donde el acceso al abordaje de la violencia contra las mujeres sea escaso es importante tener en cuenta parámetros de apertura que faciliten el acceso al mayor número posible de mujeres violentadas.

❖ ❖ ❖ Otros ejes de ingreso ❖ ❖ ❖

Nuestra experiencia nos confirma que la **heterogeneidad** del grupo potencia y embellece el proceso grupal. Es por ello que animamos a la conformación de los grupos independientemente de cortes de edad, origen, clase social, etc. Sí es tarea de las terapeutas trabajar discriminaciones o creencias estereotipadas de los grupos sociales a los que pertenezcan las integrantes que surjan en el grupo. Buscando los lugares comunes y reivindicando las diferencias como beneficiosas y respetables.

Un aspecto que se debe tener en cuenta cuando la población que accede al grupo pertenece a un entorno muy pequeño, son **las relaciones extra-grupo** entre las participantes. Cuando dos mujeres se reconocen en un grupo manteniendo una relación externa a éste, se puede generar un fortalecimiento del vínculo, pero también puede ser un obstáculo

para la continuidad de alguna de ellas.

En relación a lo anterior, recomendamos como medida que no se incluyan mujeres que sean **familiares** entre sí ya que esto podría coartar su espontaneidad y apertura.

9.5.- ALGUNAS RECOMENDACIONES

A partir de la experiencia de quienes integramos la Asociación Des.Cos.Idas, en el abordaje de grupos terapéuticos para mujeres que han sobrevivido a la violencia de género, proponemos una serie de recomendaciones orientadoras para aquellas/os profesionales de ámbitos socio-sanitarios que quieran iniciar una experiencia similar con la adaptación necesaria al contexto específico. En este sentido podríamos resumir las siguientes:

- A.** Establecer siempre una **entrevista individual** con cada una de las mujeres que hayan sido derivadas o hayan decidido participar en un grupo terapéutico, antes de iniciar el proceso grupal. Dicha entrevista, tiene el objetivo de que las profesionales conozcan en qué momento de la situación de violencia se encuentra cada mujer y que a su vez, éstas puedan conocer la modalidad de trabajo grupal, esto es el encuadre y dinámica, para tomar la decisión de iniciar su participación. Por otro lado, sirve para disminuir los niveles de angustia y ansiedad que implica el comienzo de un proceso terapéutico grupal.



Violencia contra las mujeres

Quien calla otorga

9

—•**B.** Establecer con el grupo el **encuadre terapéutico** y **pactarlo entre todas**, especialmente en lo que refiere a la confidencialidad, asistencia sistemática y escucha. Esto facilita el compromiso grupal en el proceso de recuperación, el logro de acuerdos horizontales entre las profesionales y las mujeres participantes; fomentando la participación y agencia de éstas últimas.

—•**C.** Contemplar la participación de **dos profesionales** durante todo el proceso terapéutico ya que vehiculiza la posibilidad de una revisión constante y conjunta del trabajo que se lleva a cabo, posibilitando una distribución de la angustia depositada por las integrantes del grupo que no sobrecargue a las profesionales. A su vez, previene el enquistamiento y la idealización del poder profesional individual.

—•**D.** Establecer con el grupo terapéutico la necesidad de tomar **medidas de autoprotección** tanto subjetiva como grupalmente durante el desarrollo del proceso terapéutico. En este sentido, resulta fundamental un acuerdo de privacidad y confidencialidad con respecto a: 1) la información que se deposita en el grupo, en relación a las historias de vida de cada una de las integrantes; 2) el funcionamiento grupal de cara a la comunidad en la que se desarrolle. Es importante contemplar que el funcionamiento de un grupo terapéutico de estas características puede generar muchas resistencias para los varones de una determinada comunidad pues, al cuestionar las relaciones de poder que hacen posible esa violencia, cuestiona *per se* sus privilegios,

anclados en la estructura patriarcal de nuestra sociedad. Hacer públicas o conocidas tanto las historias personales de las mujeres como la historia grupal puede perjudicar gravemente el proceso, incluso aumentar el riesgo. Una posibilidad para no generar resistencias es darlo a conocer como un grupo de crecimiento personal para mujeres, ya que la palabra “terapéutico” según los contextos puede estar teñida de prejuicios y/desconocimientos. En otros casos la excusa de cara a las parejas violentas (si siguieran en la relación) puede ser cualquier otra que se piense, pero es importante abrir este espacio cuando trabajamos con mujeres que se encuentran bajo dispositivos de control de los agresores. Pensar juntas en una excusa que promueva su continuidad en el espacio es algo que se puede hacer en la primera entrevista individual con las mujeres a integrar al grupo.

—•**E.** Contar con un **servicio de cuidado de hijos e hijas** de las mujeres durante el tiempo que dure cada sesión terapéutica para facilitar el acceso y la permanencia de las mujeres durante todo el proceso grupal.

—•**F.** Establecer un mínimo de veinticuatro (24) sesiones en relación a la duración del proceso terapéutico. Consideramos que el trabajo terapéutico grupal requiere al inicio, un tiempo determinado de cohesión y confianza que construye el *sí mismo grupal*, si este tiempo se acorta por diversas causas -la urgencia y/o presupuestos de los servicios de salud por ejemplo- se corre el riesgo de que las mujeres abandonen en la mitad del proceso terapéutico o no se alcancen los objetivos mínimos esperables.



—•**G.** Con respecto a la finalización del proceso terapéutico grupal, se recomienda que se piense una vez cumplido al menos, el mínimo de objetivos de trabajo acordados, por otro lado se recomienda promover entre las integrantes una **continuidad de participación colectiva entre mujeres**, como un grupo de empoderamiento personal, autodefensa, talleres artísticos, o alguna propuesta asociativa o espacio de encuentro autónomo que pudiera surgir del mismo grupo.

—•**H.** Resulta necesario poder brindar paralelamente a las integrantes de un grupo terapéutico la posibilidad de tener puntualmente **sesiones individuales** de apoyo, si así lo requiere alguna, que estén orientadas a poder acompañar a que dicha sesión sea nuevamente depositada en el espacio grupal. Se recomienda prestar mucha atención a los espacios individuales que se concedan ya que puede despertar la fantasía de preferencia y desconfianza en el grupo.

—•**I.** En relación a las profesionales, como equipo terapéutico, es importante una revisión constante de lo trabajado en las sesiones, así como los lugares ocupados por cada una y en conjunto. Promovemos la realización de **supervisiones** en forma continuada a modo de facilitar esta revisión. Esta propuesta facilita la cohesión profesional, la confianza y la construcción conjunta del abordaje terapéutico.

—•**J.** Resulta de suma importancia el intercambio y asesoramiento permanente con otras/os profesionales implicadas en la problemática

de la violencia de género, así como la formación continua de quienes abordan la problemática. Tanto con respecto a quienes puedan estar trabajando con las mujeres integrantes del grupo como establecer una red de derivación en el caso que lo requiera. (abogadas/os, trabajadoras/os sociales, médicas/os, etc.)

—•**K.** La diversidad subjetiva de los procesos de salida y recuperación de la violencia son tantos como mujeres los transiten. Es por ello que las recetas de unas pueden no servir a otras, y cada cual tendrá sus tiempos para iniciar los cambios que considere. En este sentido, como terapeutas, debemos insistir y regular que **no haya presiones grupales que ‘obliguen’ en lugar de orientar, las decisiones individuales** de las integrantes.

—•**L.** Por último, resulta fundamental facilitar a las mujeres un **espacio libre de prejuicios, enjuiciamientos y orientado al respeto de la autonomía subjetiva y grupal**. Para ello se recomienda a las profesionales poder construir espacios de debate y de intercambio profesional permanente. Pues sólo **este clima de libertad permitirá cambios decididos y no impuestos, rompiendo así con el eje de la relación violenta dirigida a la sumisión y la destrucción de la autonomía**.

10

IMPACTO EN LA SALUD DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES



ALEYDA YANES
ZAIDA YANES



Si partimos de entender la salud como un concepto bio-psico-social, podemos afirmar sin lugar a dudas, que todos aquellos acontecimientos que afecten cada uno de sus componentes, comprometerán en mayor o menor medida el bienestar en salud. La violencia, en sus distintas manifestaciones impacta en los cuerpos de las mujeres, en sus proyectos vitales, en sus redes socio-afectivas, en sus trabajos, en su economía, en la autovaloración entre muchos otros aspectos. Por lo tanto, la violencia impacta en forma directa en la salud integral de las mujeres.

Por ello será de fundamental importancia en la intervención socio-sanitaria, observar e identificar las repercusiones en la salud de las mujeres que transitan situaciones de violencia. Evidentemente un indicador por sí mismo no es suficiente indicio de ello; así por ejemplo, si bien el consumo peligroso de alcohol u otras drogas puede indicar que una mujer esté inmersa en una situación de violencia, no todas las mujeres que presentan este tipo de consumos efectivamente lo están, pudiendo tener que ver con otra serie de circunstancias.

De ahí que el manejo de indicadores sea importante como herramienta para la evaluación profesional, pero de ninguna manera la sustituye. Identificar situaciones de violencia no es comparable con un cálculo matemático. En línea con ello también decimos que tal identificación no necesita reunir 40, 50 o 100 indicadores para dar la violencia por acreditada, ni es necesario someter a las mujeres a interrogatorios revictimizantes en los que se formule tal cantidad de preguntas. Los indicadores son una herramienta a incorporar en las consultas e intervenciones socio-sanitarias a fin de evaluar la situación cuidadosa pero decididamente, y en lo cual,

la visión y percepción de las propias mujeres ocupa un lugar central.

Cabe recordar un concepto que ha sido utilizado y explicado en epígrafes anteriores, pero que retomamos especialmente en este apartado: la **revictimización o victimización secundaria**^[68] Este concepto, tal y como se puede deducir de su morfología, significa volver a situar en condición de víctima a alguien; y para ello es necesario ejercer violencia sobre ese alguien. La ignorancia o desatención de los indicadores que proponemos, se traduce en negligencia profesional en las intervenciones socio-sanitarias, incluso en posibles prácticas iatrogénicas, en tanto suponen dejar en riesgo o aumentar el peligro de las mujeres en esta situación, al invisibilizarla, cerrando una puerta más de salida. Todo esto equivale a violencia institucional; en tanto es el estado y sus agentes quienes castigan a quienes sufren violencia de género, reproduciendo y perpetuando una serie de relaciones de dominación que dan forma y contenido a lo que hemos denominado sistema heteropatriarcal que ya describimos en apartados anteriores.

Una herramienta fundamental para no redundar en la victimización atiende al conocimiento de las repercusiones, que en la salud de las mujeres tiene violencia cronicada.

68.- La Victimización secundaria hace referencia a la mala o inadecuada atención que recibe una víctima por parte del sistema penal, e instituciones de salud, policía, entre otros (García-Pablos, 1993; Campbell, 2005) (citado en Gutiérrez de Piñeres Botero, Carolina *et al*: 2009)



10.1.- REPERCUSIONES EN LA SALUD

En cuanto a la salud, el mayor riesgo, además de la muerte, es el aumento de la vulnerabilidad ante las enfermedades.

❖ **Riesgo de suicidio/muerte:** La mayoría de los homicidios cometidos hacia las mujeres son realizados por una pareja actual o pasada. Como hemos comentado, la dificultad en su impacto a nivel estadístico está imposibilitado porque en Argentina aún no contamos con cifras oficiales que puedan recoger la cantidad de mujeres que efectivamente atraviesan esta situación. No obstante los pocos datos existentes ya hablan por sí mismos (consultar nota al pie: 47) De manera que el riesgo de muerte es uno de los impactos más extremo sobre la salud -vida- de las mujeres. Además de eso, y aquí se complican aún más los datos estadísticos, se evalúa que el riesgo de suicidio es hasta 4 veces mayor en mujeres en situación de violencia que en aquellas que no lo están.

❖ **Disminuye el autocuidado:** o las posibilidades de ejercerlo ya que se pierde considerablemente el control sobre el propio cuerpo, tanto por los golpes como por relaciones sexuales abusivas. Puede ir incluir consumo de sustancias tóxicas, automedicación con psicofármacos, empeoramiento de la alimentación, disminución de la higiene entre otras.

❖ **El estrés crónico implica alteración del sistema inmune y neuro-hormonal:** Incrementa la aparición de enfermedades infecciosas, auto-

inmunes, cardiológicas y empeora las existentes (asma, diabetes, anemia entre otras).

❖ **La violencia origina síntomas físicos habitualmente crónicos con escasa o nula respuesta a los tratamientos.** Algunos ejemplos: cefaleas, dolores lumbares, abdominales, pélvicos, cansancio, lesiones frecuentes, malestares gastrointestinales.

❖ **En el caso de la fibromialgia:** La fibromialgia sería definida como ‘*un estado doloroso generalizado no articular que afecta predominantemente a las zonas musculares y raquis, y que presenta una exagerada sensibilidad en múltiples puntos predefinidos*’ (Wolfe et al., 1990). La OMS la reconoce en 1992 y la clasifica en el ICD-10 (Valls-Llobet, Carme 2008:92). El aumento significativo de casos en los últimos veinte años, junto con su difuso perfil clínico, ha llevado a cuestionar e investigar en torno a sus usos diagnósticos, pues se apunta a un exceso de morbilidad diagnosticada en mujeres. *El sesgo de género en el circuito del dolor de las mujeres se manifiesta en continuados errores de diagnóstico, atribuyendo el dolor a causas psicológicas, cuando existen enfermedades orgánicas y al revés, lo que condiciona tratamientos erróneos que también producen yatrogenia porque no estaban correctamente indicados (AINES, corticosteroides, antidepresivos, etc...)* (Valls-Llobet, Carme 2008:92). En este caso, si bien no pretendemos hacer atribuciones de orden biológico, la fibromialgia podría ser considerada un diagnóstico que, debido a su sintomatología podría estar relacionado con situaciones de violencia.



* **Lesiones características:** hematomas o contusiones en zonas sospechosas: rostro o cabeza, cara interna de los brazos o muslos, falta de piezas dentarias; lesiones por defensa por ejemplo en la cara interna del antebrazo; lesiones en diferentes estadios de curación que indican violencia de largo tiempo de evolución, lesiones de las llamadas típicas como rotura de tímpano.

* **Salud sexual:** son comunes en mujeres en situación de violencia las agresiones sexuales más o menos sistemáticas, aunque pueden no traducir la experiencia con estas palabras debido a lo silenciado de las **violaciones maritales**^[69]. En muchos relatos podemos escuchar la naturalización de las relaciones sexuales sin conexión con el deseo propio pero con el objetivo de “calmar” al agresor. Como ya hemos señalado, la violencia sexual comprende toda práctica no consentida, esto puede tener que ver con la persona, el momento, el tipo de prácticas, que lejos de ser vividas como experiencia gozosa se traduce en vejaciones y humillaciones. Puede suceder que fruto de estas agresiones se generen ciertos síntomas ginecológicos como los que pasamos a describir.

* **Síntomas ginecológicos:** menstruaciones irregulares o dolorosas,

ausencia de libido, dispareunia, lesiones genitales, lesiones en la cara interna de los muslos, desgarró anal, infecciones ginecológicas reiteradas.

* **Salud reproductiva:** Dentro de las limitaciones en el control del propio cuerpo al que muchas mujeres se ven sometidas, se encuentra la pérdida de su autonomía reproductiva, lo que implica, obstáculos para tomar medidas anticonceptivas o contraceptivas, embarazos no deseados, las historias de abortos repetidos, embarazos de alto riesgo, lesiones en el abdomen o mamas durante el embarazo, retraso en la solicitud de atención prenatal.

En este punto es importante destacar que muy contrariamente a lo que se piensa, los períodos de embarazo son de alto riesgo ya que suele haber un aumento de las agresiones, ello responde a varias razones, entre las principales destacamos, que puede exponer a situaciones de mayor vulnerabilidad a las mujeres, desde lo económico, lo laboral hasta lo afectivo; a la vez que el agresor puede simbolizar el embarazo como una pérdida de control sobre el cuerpo de la mujer o amenazante para la atención que quiere recibir.

También las **formas en que se utilizan los servicios sanitarios** pueden dar cuenta de situaciones de violencia de género, algunos ejemplos serían: existencia de períodos de hiperfrecuentación y otros de largas ausencias, incumplimiento de citas o tratamientos, uso repetitivo de los servicios de urgencias, frecuentes hospitalizaciones, acudir con la pareja cuando antes no lo hacía. En cuanto al uso de los servicios de urgencias, esto

69.- Estas violaciones no sólo pertenecían al imaginario colectivo religioso o tradicional sino también estaban institucionalizadas en la legislación civil, como una de las obligaciones que conllevaba el contrato de matrimonio. El famoso débito conyugal, significaba que las mujeres tenían que estar disponibles sexualmente siempre que sus maridos quisieran. Esto no es otra cosa que legalizar las violaciones dentro del matrimonio, des-subjetivizando a las mujeres, transformándolas en objetos para satisfacer el deseo de otros, por ello fue especialmente regulada como violencia sexual en la ley nacional de protección integral 26.485.



Violencia contra las mujeres

suele responder por un lado, a que los agresores por lo general impiden todo lo posible la asistencia de las mujeres a centros de salud para evitar que la situación sea visibilizada; y por otro a los obstáculos y demoras por parte de los sistemas socio-sanitarios, desde donde muchas veces se minimizan los síntomas físicos por parte de las mujeres. Es muy común identificar que la mayoría de ellas llevan años sin controles generales de salud y sobretodo ginecológicos.



~ Revictimización ~

Actuar sobre el síntoma sin detectar la violencia que lo genera, y por lo tanto no intervenir sobre la situación

10.2.- REPERCUSIONES EN LA SALUD MENTAL

La relación de las mujeres en situación de violencia con los servicios de salud mental, con frecuencia han jugado en contra de las primeras. Pues las secuelas psíquicas que muestran han sido históricamente diagnosticadas y medicalizadas sin atender a lo que las origina; es decir sin detectar la situación de violencia. Los análisis de los servicios de atención sanitaria (Aleyda Yanes, 2012:45) denotan importantes sesgos en la intervención olvidando ciertas especificidades que surgen en el

Quien calla otorga

10

colectivo mujeres a raíz de su condición de género.

Es así que interpretar estas secuelas a partir de los síntomas descritos en los manuales psiquiátricos conlleva importantes errores de diagnóstico e intervención. Obviamente la violencia cronificada tiene un serio impacto en la salud mental de las mujeres tal y como describiremos, cuyos síntomas están asociados a varios trastornos que mencionaremos. No obstante, queremos incidir en que el uso que hacemos de esta clasificación diagnóstica extraída de manuales como el DSM-IV se debe a que es la utilizada por la mayoría de los servicios de salud mental públicos y privados. Ante ello consideramos que este *lenguaje oficial/institucional*, requiere de manera imprescindible, para garantizar los derechos humanos de las mujeres, la incorporación de la perspectiva de género de manera transversal en la intervención (diagnóstico-tratamiento-acompañamiento) y el conocimiento de la complejidad de la violencia contra las mujeres.

- * Ansiedad generalizada
- * Depresión
- * Comportamientos adictivos como tabaquismo, alcoholismo, auto-administración de tranquilizantes...)
- * Trastornos alimentarios
- * Trastornos por estrés postraumático
- * Trastornos adaptativos con síntomas depresivos y ansiosos
- * Conductas autolesivas o suicidio
- * Trastornos del sueño
- * Estado hiper-alerta del sistema nervioso central
- * Labilidad emocional
- * Sentimientos de despersonalización
- * Somatizaciones



En el caso de los trastornos de personalidad, éstos pueden ser diagnósticos erróneos cuando estamos ante una situación de violencia. En relaciones de larga duración e intensa violencia como hemos explicado, las mujeres incorporan el sistema de creencias del agresor, lo cual es una actitud de defensa ante el quiebre que podría suponer diferenciarse. Ello puede generar alteraciones en su identidad, así como cambios emocionales y comportamentales que podrían confundirse con trastornos de personalidad.

10.3.- INCIDENCIA DE LA VIOLENCIA EN LA SUBJETIVIDAD

❖ **Baja autoestima:** sensación de no valer nada. Tanto los maltratadores como posiblemente el entorno y la sociedad, devuelve a las mujeres una imagen de pasividad, e incapacidad para cortar con la violencia. Algunos mensajes de los agresores pueden ser: “Sin mí no sos nada”, “No servís para nada”, “Nadie te va a querer” “No eres mujer” “Das asco” entre muchos otros que suponen inferiorización, subestimación, humillación.

❖ **Culpa:** Los maltratadores se encargan de recordarle a las mujeres que la violencia *la provocan ellas*, relacionando las agresiones con las acciones u omisiones de éstas (pese a que sus ataques serán imprevisibles debido a lo arbitrario de sus “causas”). También en situaciones de agresión

sexual aparece la culpabilidad por *la provocación*, por no cuidarse, por estar donde no debería, entre muchos otros argumentos que suelen darse para *explicar* las agresiones. Entendemos que esto debe ser desterrado a fin de abordar clara y directamente la problemática de violencia. El sometimiento de una persona por otra ha de ser condenado como violencia y no puede ser justificado por criterios de oportunidad. Ante las agresiones no hay *descuidos* de las mujeres, hay abuso de una relación de poder por parte de los agresores. Remover tales relaciones es tarea que compete a la comunidad en general y al funcionariado público en particular, y exige hacerlo en primer término con los mitos y estereotipos sobre las mujeres y los agresores.

❖ **Estado de alerta:** Las mujeres en situación de violencia no son pasivas. Buscan estrategias que aumenten su seguridad. Hagan lo que hagan no consiguen disminuir la violencia y esto genera un estado de **estrés crónico**. El estado de alerta tiene un impacto fortísimo en la salud, ya que afectará desde habilidades cognoscitivas o alteración del sueño a tensión muscular, alteración de hábitos alimenticios, entre otros.

❖ **Ansiedad y miedo:** son respuestas sanas ante el peligro. No se trata de un miedo irracional, sino que están expuestas a peligros reales. Son respuestas psíquicas que en el contexto violento les salvan la vida, y una vez fuera de él, es importante ir disminuyendo.

❖ **Aislamiento:** A partir del control que establece el maltratador y



Violencia contra las mujeres

de la falta de comprensión, por parte del entorno afectivo-familiar-social-laboral, de la problemática de violencia y por lo tanto de los comportamientos de las mujeres -que muchas veces resultan inexplicables ante el simple análisis-, sus redes sociales se suelen ver gravemente afectadas. Es importante trabajarlo tanto con las mujeres como con sus redes para disminuir la culpabilización de aquellas y aumentar la posibilidad de salir definitivamente de la relación de violencia.

✱ **Desconexión afectiva:** Pese a la identificación de la violencia, el relato de la misma puede ser contado como si se hablara en tercera persona de lo acontecido. Evitar el registro emocional, difumina la secuela lo que habilita su negación. Un mecanismo que permite sostener la vida psíquica frente a la violencia cotidiana, pero que impide registrar las consecuencias de la misma. Se obstaculiza así el reconocimiento en el propio cuerpo y estado emocional y cognoscitivo de las secuelas de la violencia; silenciando el cuerpo, tercerizando el relato.

✱ **Sentimiento de desesperanza y vacío/Indefensión aprendida:** No hay visualización de salida posible. Creencia de que no hay otra forma de vínculo posible, o en todo caso no permitido para ella. Interiorización de los mensajes del maltratador. Aunque resulte extraño, es posible el olvido de otras realidades afectivas vivibles.

Por otro lado, si bien la violencia genera serios desgastes psicológicos, es frecuente escuchar otro mito que identifica a las mujeres como *enfermas*

Quien calla otorga

mentales, justificando así que sean receptoras de violencia. *Ellas están tan enfermas como ellos* es una sentencia habitual incluso en aquellas personas que reciben asiduamente estos casos. Este pensamiento tiene dos graves consecuencias: 1) supone igualar a la agredida con el agresor, invisibiliza la relación desigual de poder que hay entre una y otro, la relación de subordinación en la cual hay una persona -el agresor- que somete, controla, acumula poder y privilegios y finalmente daña a otra -que es la agredida. Simplificar esta compleja situación refiriendo a una supuesta *enfermedad común* entre agresor-mujer supone *per se* un nuevo acto de violencia desde la comunidad o intervención que asume ese mito, 2) supone justificar al agresor y responsabilizar a las mujeres de la violencia que sufren.

Por ello destacamos que **diagnosticar un trastorno mental sin identificar la violencia que lo produce implica dar la razón al agresor en tanto**, se coloca a las mujeres del lado de la locura, ello conlleva su inferiorización y el descrédito de su palabra.

Un caso frecuente desde la atención psiquiátrica es el diagnóstico de *trastorno límite de la personalidad*, el cual ha sido puesto en cuestión respecto de las mujeres en situación de violencia ya que no resulta adecuado hablar de un trastorno, sino de comprender la violencia cotidiana a la que están expuestas, a lo que se añaden con frecuencia vivencias límites -a veces de vida o muerte- dónde se incorporan determinados mecanismos psicológicos de funcionamientos como mecanismos de defensas para evitar colapsos emocionales.

Medicalizar la violencia además, puede exponer a un mayor riesgo

10

a las mujeres, sobre todo cuando sufren violencia física, pues sus reflejos se pueden ver mermados con medicamentos ansiolíticos, así como sueños muy profundos pueden dejarlas vulnerables. Esto no quiere decir que ninguna mujer en situación de violencia necesite medicación psiquiátrica, en lo que insistimos es en detectar la violencia e intervenir desde ese conocimiento; de esta manera podremos acordar con las propias mujeres lo que necesiten en función de sus situaciones.

Otra forma extendida de violencia institucional en ámbitos socio-sanitarios, por potenciación de los riesgos, se produce cuando el personal de intervención expresa públicamente, en sus espacios de trabajo, -que son los de acceso a la salud y a la justicia de otras personas- opiniones negativas acerca de otras mujeres que han sido golpeadas o violadas. Apuntamos como otros ejemplos en esta línea el hablar sobre las lesiones de una mujer en una sala de consulta, mientras la conversación es escuchada por un esposo potencialmente violento que está esperando afuera; **violar la confidencialidad** al compartir con otro miembro de la familia, sin el consentimiento de la mujer, información acerca de un embarazo, un aborto, infecciones de transmisión sexual, el VIH o agresiones sexuales; **suministrar atención médica inadecuada** por no comprender las razones por las cuales alguien sufre una infección de transmisión sexual de manera recurrente, **pasar por alto las señales de advertencia** que indican que una mujer puede encontrarse en peligro de suicidio u homicidio.



Un punto de partida imprescindible es comprender la violencia contra las mujeres como una problemática multicausal y social y no como un asunto privado.

~ Revictimización ~

Emitir un diagnóstico y medicalizar sin detectar la violencia que lo genera, lo cual responsabiliza a las mujeres de sus secuelas, además de silenciar y justificar la violencia.

La medicación psiquiátrica puede disminuir los reflejos y capacidad de reacción, lo que en algunas situaciones puede poner en mayor riesgo a estas mujeres.





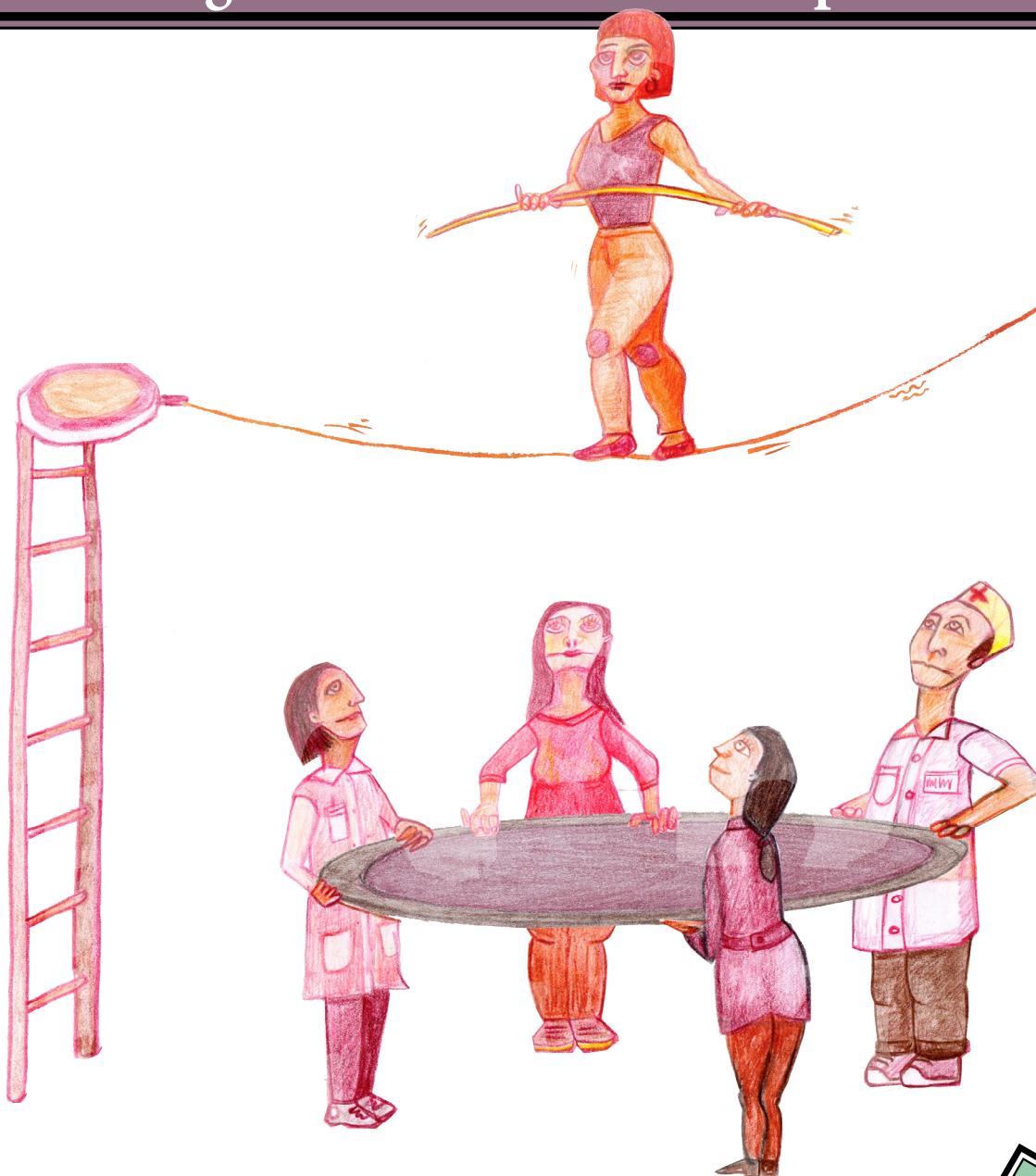
10.4.- IMPACTO EN LA SALUD DE HIJOS E HIJAS

Los efectos que esta situación provoca en los hijos e hijas dependen mucho del tipo e intensidad de la violencia ejercida, de la duración de la violencia y de la estructura psíquica de éstos y éstas. Según la Organización Internacional Save the Children, las secuelas más comunes son:

- * Problemas de socialización: aislamiento, inseguridad, agresividad
- * Problemas de integración en la escuela, problemas de concentración, déficit atencional y disminución del rendimiento escolar.
- * Síntomas de estrés postraumático: perturbaciones del sueño, fobias, reexperimentación, evitación, trastornos disociativos...
- * Conductas regresivas: enuresis y encopresis.
- * *Parentalización*: asumiendo roles parentales y protectores de la madre que no les corresponden por su edad.
- * Alteraciones del desarrollo afectivo, dificultad de expresión y manejo de las emociones y la internalización de roles de género erróneos.
- * Síntomas depresivos: llanto, tristeza, aislamiento.
- * En algunos casos suicidio u homicidio.

11

INDICADORES DE DETECCIÓN Y RIESGO: algunas recomendaciones para su abordaje



PATRICIA GONZALEZ
ALEYDA YANES



Violencia contra las mujeres

Quien calla otorga

11

A continuación encontrarán algunos indicadores **que pueden servir de herramienta para valorar si estamos ante una situación de violencia de género, y en su caso el tipo y manifestaciones de la misma**. Es importante que las y los trabajadores socio-sanitarios los conozcan y mantengan una actitud alerta en las consultas para identificar esas situaciones y hacer las derivaciones responsables hacia las áreas departamentales o provinciales especializadas en el abordaje de esta problemática.

Los indicadores ya presentados y los que acompañamos infra, dan pautas para la entrevista y la indagación, pero no por obvio creemos menos importante destacar, que **no ha de someterse a las mujeres a un interrogatorio de todos los ítems propuestos**, sino utilizar aquellos que los y las profesionales estimen suficientes para establecer si están ante una situación de violencia de género, valorar el riesgo en el que podrían encontrarse las respectivas mujeres y hacer la derivación correspondiente a las áreas especializadas, a fin de no revictimizar a las mujeres. Asimismo deberán registrarse en la historia clínica y en la hoja de derivación, aquellos indicadores utilizados y las preguntas y respuestas obtenidas.

Finalmente destacamos que las tablas acompañadas son una herramienta útil, pero requieren para lograr sus objetivos de manera integral, ser implementadas en el marco de un protocolo de atención socio-sanitaria ante situaciones de violencia de género, algo con lo que aún nuestra provincia no cuenta. La presente herramienta ha sido elaborada por las autoras del presente manual, tomando como base los indicadores de sospecha incluidos en el *Protocolo común para la actuación sanitaria*

ante la violencia de género, del sistema nacional español de salud y los indicadores con los que trabajan los Centros de Intervención Especializada en Violencia Machista, del Departamento de Bienestar Social y Familia de la Generalidad de Cataluña, Estado Español.

Es fundamental tener en cuenta que debemos abrir el espacio para que las mujeres que acceden al sistema socio-sanitario le pongan palabras, expresen sus malestares y conflictos consecuencia de la situación de violencia que atraviesan. Para ello se requiere que **las mujeres sean entrevistadas en forma individual**, sin presencia de sus parejas u otros acompañantes. En caso que su pareja se presente con ellas, desde nuestro lugar como profesionales socio-sanitarias debemos interceder y expresar la necesidad de un espacio a solas con ella. En muchos de estos casos, los agresores interrogarán a las mujeres al salir de la consulta con objeto de controlar sus palabras y nuestras intervenciones y conocer la situación. Es por ello que **recomendamos ofrecer una respuesta o excusa posible, que explique la necesidad de ese espacio a solas** como podría ser, en caso de personal sanitario, los ciclos naturales de las mujeres: menstruación, menopausia, embarazos... o cualquier otro motivo que podamos pensar con ella. Esto invita también a una complicidad con las mujeres que se encuentran en imposibilidad de negociar espacios de intimidad, sin culparlas por esa relación.

Recomendamos crear en la entrevista **un clima de confianza y seguridad para las mujeres** reiteramos que tan importante como la identificación de situaciones de violencia de género, es realizar las derivaciones responsables a los organismos departamentales o provinciales



especializados en la atención de esta problemática, previo a haber chequeado los recursos asistenciales y materiales con los que efectivamente cuentan. No obstante, esta medida no debe ser tomada como una forma de deshacernos de la situación. Con frecuencia ante la primera toma de contacto con la problemática puede que las mujeres no estén dispuestas a iniciar la ruptura del vínculo, de hecho esto puede tardar años. Se ha de acompañar en este proceso con **absoluto respeto a la autonomía**, e iniciar el proceso de consciencia e identificación del malestar y daño que esta situación genera en ella. La derivación debe realizarse previo acuerdo con las mujeres, a modo de asegurar el sostenimiento de la misma y no abandonar a las mujeres en los circuitos derivativos.

Indagar sin dar respuesta alguna a la problemática de violencia identificada, además de resultar revictimizador, refuerza la sensación de las mujeres de estar solas ante esas complejas situaciones y sin poder valorar alternativas posibles. Por eso la insistencia en **la centralidad de contar con procedimientos de derivación aceitados y de conocer en cada momento los servicios disponibles y las referentas concretas de los mismos**.

❖ ❖ ❖ VIOLENCIA FÍSICA ❖ ❖ ❖

- * Recibe golpes de puño o patadas
- * La pellizca fuerte
- * Ha intentado estrangularla o asfixiarla

- * Le tira el pelo
- * Le ha tirado sustancias tóxicas, comida o líquidos al cuerpo o a la cara
- * La ha quemado con combustible u objetos calientes
- * La ha obligado a tomar: medicamentos, psicofármacos, alcohol, drogas, alimentos u objetos
- * La ha cortado, herido, con cuchillos u otros objetos punzantes
- * Le ha pegado con objetos
- * La ha inmovilizado contra la pared, muebles o el piso
- * La ha amenazado con armas u objetos punzantes
- * La ha encerrado en algún lugar
- * Se ha acercado de manera intimidatoria
- * Le ha dado empujones o la ha sacudido
- * La ha desfigurado o hecho moretones para que no pueda salir
- * Le ha arrancado la ropa o se la ha tironeado
- * La persigue, acosándola o asustándola
- * La ha echado u obligado a salir fuera de la casa
- * La ha arrastrado por el piso
- * La ha lanzado por las escaleras
- * La ha tirado del coche
- * La ha abandonado en lugares desconocidos
- * Le ha pegado patadas en el vientre durante el embarazo
- * Le ha golpeado en los genitales o en los pechos



Violencia contra las mujeres

Quien calla otorga

11

- * Le ha dado la cabeza contra la pared o el piso
- * La ha amenazado con hacerle daño a ella o a sus seres queridos
- * Ha recibido torturas físicas: ha estado atada o encadenada, ha recibido quemaduras de cigarrillos, le ha sumergido la cabeza en agua, etc
- * La ha encerrado en casa
- * Ha sufrido abortos provocados por agresiones físicas
- * Rompe cosas o le tira objetos

❖ ❖ ❖ VIOLENCIA PSICOLÓGICA ❖ ❖ ❖

- * La insulta, utiliza sobrenombres o adjetivos denigrantes
- * Ha recibido amenazas de: muerte, echarla de casa, o llevarse a sus hijos/as
- * La critica y le marca defectos en todo lo que hace o dice
- * La obliga a hacer cosas bajo amenazas
- * La tortura mostrándole como castiga o amenaza a sus hijas e hijos
- * Le grita y le da órdenes
- * La humilla, se burla de ella y hace bromas ofensivas
- * La avergüenza o humilla delante de otras personas

- * La culpabiliza de todo lo que le pasa y también de cosas absurdas
- * La avergüenza o humilla delante de otras personas
- * La culpabiliza de todo lo que le pasa y también de cosas absurdas
- * Le muestra desconfianza frente a todo lo que ella dice o hace
- * Ridiculiza lo que a ella le gusta, sus opiniones o sentimientos
- * Le exige que adivine y atienda sus pensamientos, deseos o necesidades
- * El agresor se muestra cínico, prepotente, insolente con ella o sus hijos/as
- * La acusa de traidora o desleal si ella cuenta lo que le pasa o lo denuncia
- * La obliga a escucharlo durante horas
- * La hace sentir inútil, débil, ignorante o incompetente
- * La menosprecia por ser mujer
- * Le exige que mantenga el rol de esposa y madre que él impone
- * La hace obedecerle con gestos, miradas, señales de cabeza o murmullos
- * La ignora, no le contesta, no le habla, hace como si no existiera
- * La mira con menosprecio, burla
- * La tiene ocupada continuamente, no le deja tiempo para ella
- * La rebaja recordándole hechos del pasado



- * El agresor interroga a sus hijos/as sobre las actividades de la madre
- * El agresor cambia las palabras o hechos en contra de ella
- * La deja con la palabra en la boca cuando ella habla
- * El agresor no le da nunca explicaciones, ni le dice cuándo llegara pero le exige a la mujer que lo haga
- * Le da indicios de que se va con otras mujeres
- * El agresor la induce al suicidio
- * El agresor la amenaza con suicidarse
- * El agresor no le da mensajes que otras personas le han dado para ella
- * La acusa de infiel sistemáticamente y la agrede por ello
- * El agresor le muestra odio o amor alternativamente
- * El agresor le exige sumisión y obediencia
- * El agresor genera un clima de terror que la inmoviliza
- * Impone su presencia a la fuerza en actos sociales de los que participa la mujer
- * La humilia en público criticándola, rebajándola o actuando como si ella no estuviera
- * Boicotea los aniversarios, las reuniones familiares, o laborales de ella
- * Se muestra interesado por otras mujeres de manera abierta ante su compañera
- * No permite que ella trabaje o estudia
- * La obliga a maquillarse o no se lo permite

- * Le prohíbe el contacto con vecinos/as, amigas/os o familiares
- * Se muestra desconfiado, intolerante o desagradable con las amistades o colegas de ella
- * La trata como a una niña o no colabora cuando hay personas invitadas
- * En público se muestra amable y en casa explota de ira de repente
- * Monta “espectáculos” o la deja plantada delante de otras personas
- * Maltrata a sus familiares o amigos/as
- * La obliga a vestirse como él quiere
- * No la deja practicar su religión
- * Provoca problemas en su trabajo
- * No la deja participar de las reuniones familiares
- * No le permite hablar de determinados temas
- * Se hace la víctima en público, diciendo que ella lo maltrata o que ella es la que manda
- * La obliga a consultar médicos/as o psiquiatras diciéndole que está loca, trastornada o enferma
- * La hace internar, la denuncia a la policía o busca aliados/as en su contra
- * Aparece de sorpresa a los lugares donde ella va normalmente para molestarla



Violencia contra las mujeres

- * Mata a los animales de compañía de ella o los castiga
- * Tira o rompe ropa y objetos personales de ella
- * Pone la radio o la televisión a un volumen muy fuerte para molestarla, cuando está estudiando, enferma o descansando
- * Golpea las puertas o las cosas cuando discuten
- * Desconecta el teléfono cuando se va para que ella no pueda hablar
- * Desconecta o corta la radio o la televisión para que ella no los pueda utilizar cuando él no está
- * No permite que ella vea sus programas favoritos
- * Corre a gran velocidad con el auto, amenazando con estrellarse con toda la familia
- * Tira la comida que ella ha preparado o la critica con asco
- * Ensucia y desordena lo que ella acaba de limpiar
- * Llena la casa con cosas que a ella le desagradan o atemorizan (armas de fuego, pornografía, objetos robados, drogas)
- * Revisa los cajones o pertenencias de ella
- * Esconde o rompe elemento de trabajo o estudio de ella o de los/as hijos/as
- * Abre las cartas o escucha los mensajes telefónicos de ella, le lee los emails, etc
- * Envía cartas, emails o hace llamadas en nombre de ella
- * La critica, habla mal de ella o revela datos íntimos
- * Toca el timbre, la llama o aparece a cada momento sin motivo para hacerle sentir el control

Quien calla otorga

11

❖ ❖ ❖ VIOLENCIA SEXUAL ❖ ❖ ❖

- * Le exige tener relaciones sexuales sin importarle los deseos de ella
- * La toca sin miramientos
- * La obliga a tocarlo
- * No respeta ni satisface sus gustos
- * La obliga a ver pornografía y copiar esas prácticas
- * La insulta durante el coito haciéndola sentir mal
- * La compara con otras mujeres
- * La acusa de frígida o ninfómana según las circunstancias
- * No se muestra cariñoso, no le habla ni la besa durante el acto sexual
- * La obliga a mantener relaciones sexuales sin protección
- * Le prohíbe usar métodos anticonceptivos
- * Le prohíbe abortar en un caso de embarazo no deseado
- * La obliga a abortar
- * La obliga a mantener relaciones sexuales cuando está cansada, enferma, después del parto o después de una agresión
- * La obliga con armas a mantener relaciones sexuales
- * La obliga a mantener relaciones sexuales con animales o con objetos
- * La obliga a grabar o fotografiar sus relaciones sexuales



- * La amenaza con difundir fotografías o grabaciones de sus relaciones sexuales
- * Publica fotografías o grabaciones de sus relaciones sexuales
- * La obliga a prostituirse
- * Tiene relaciones sexuales con ella cuando está dormida
- * La viola sistemáticamente

❖ ❖ ❖ VIOLENCIA ECONÓMICA ❖ ❖ ❖

- * Se gasta el dinero de la familia en él mismo
- * Gasta grandes cantidades de dinero sin necesidad y se niega a gastar en cuestiones vitales
- * Maneja las ganancias e inversiones
- * Miente sobre sus posibilidades económicas
- * Da dinero a los/as hijas pero no a la mujer
- * Hace él las compras para no darle efectivo
- * Niega dinero para necesidades básicas como alimentos, medicamentos, etc
- * Protesta continuamente por el uso del dinero
- * Descalifica a la mujer como administradora del hogar
- * Vende pertenencias personales de ella sin su consentimiento

- * Le revisa el monedero o la cartera continuamente
- * Declara continuamente que todo es suyo
- * Se juega el dinero de la familia
- * Ella se hace cargo de los gastos familiares y él se guarda lo que gana
- * Le controla la tarjeta de crédito o los documentos bancarios
- * La obliga a darle el dinero que ella gana
- * Se apropia de los bienes heredados por ella
- * La obliga a vender sus bienes
- * Utilita en su beneficio los ahorros destinados a vacaciones, tratamientos médicos, reformas de la casa, etc.
- * La obliga a solicitar préstamos bancarios o avales
- * La obliga a trabajar más o en lo que él quiere
- * La obliga a endeudarse por él con su familia, amigos/as o vecinos/as

11.1.- INDICADORES DE PELIGRO: MUJERES EN SITUACIÓN DE ESPECIAL VULNERABILIDAD, MUJERES SEPARADAS, MUJERES EN RIESGO EXTREMO.

Algo fundamental a evaluar, tal y como hemos venido diciendo es el nivel de riesgo que la mujer pueda estar enfrentando. Para ello también hay una serie de indicadores que nos pueden ser muy útiles. En función de todos ellos, acompañaremos y propondremos a las mujeres



Violencia contra las mujeres

la planificación de los pasos a seguir. Así por ejemplo es importante darnos el tiempo en la intervención para valorar con las propias sujetas si resulta necesario buscar un refugio o casa de acogida, un lugar a donde acudir si la cosa empeora o hay un episodio agudo, un teléfono al que llamar siempre cerca y disponible.

Adjuntamos tres tablas de indicadores: 1) sobre mujeres en situación de especial vulnerabilidad, 2) en situaciones de separación física entre agresor y mujer, debemos tener en cuenta que muchas veces esa separación no termina con la violencia aunque muchas veces no se tenga en cuenta. De hecho ante los primeros pasos de autonomía de estas mujeres, los agresores arremeten con más violencia, por eso lo incluimos como factor de riesgo a evaluar. 3) sobre mujeres en peligro extremo, aquellas donde la intervención puede ser piedra angular de vida o muerte.



Mujeres en situación de especial vulnerabilidad

- * Le niega acceso al baño o no la ayuda a bañarse cuando necesita tal ayuda

Quien calla otorga

11

- * Utiliza la discapacidad para humillarla
- * Está prácticamente prisionera al no ayudarla a moverse, desplazarse, (privarla del bastón, la silla de ruedas) o utilizar medios de transporte
- * No le da los medicamentos o alimentación necesarias
- * Manipula la información que le transmite en cuanto a sus derechos cuando ella no tiene acceso directo.

Cuando están separados

- * El agresor la llama o mensaja constantemente
- * No cumple la cuota de alimentos
- * No cumple el régimen de visitas con las/os niñas/os
- * La espera a la salida del trabajo, la llama por teléfono, la sigue por la calle, vigila a dónde va o con quién.
- * Aparece repentinamente en los lugares a donde ella va habitualmente para molestarla
- * Intenta entrar a la fuerza en casa de ella
- * Toca el timbre o aparece sin motivo para hacerle sentir su control
- * Daña su auto, su casa u otros bienes de ella



Independientemente de la derivación al organismo departamental o provincial especializado en el abordaje de violencia de género, acompañamos algunos indicadores para identificar si una mujer se encuentra en situación de peligro extremo, entendiendo por **peligro extremo** la situación actual de sufrir un evento inminente con riesgo cierto para la vida de la mujer o la de sus hijos o hijas. Volvemos a insistir que esta evaluación se hará siempre en **conjunto con la mujer que estamos atendiendo**. Considerar **la percepción de peligro** por parte de la mujer, tanto para ella como para otros miembros del entorno familiar, es fundamental, si ella aún no la percibe como extrema, a través de estos indicadores podríamos llegar en conjunto a tal conclusión. Ante la presencia de estos indicadores, la situación queda definida directamente como de peligro extremo. **Si se detecta una situación de peligro es importante preguntar: ¿Se siente segura en su casa? ¿Puede ir a casa ahora? ¿Están sus hijos/as seguros? ¿Dónde está ahora el agresor? ¿Lo saben sus amistades o familiares? ¿La ayudarían?** El conocimiento de sus redes de apoyo es fundamental para establecer un proceso de salida, más aún si éste se tiene que realizar con urgencia.

Indicadores de peligro extremo

- * Amenazas con armas o uso de las mismas
- * Amenazas o intentos de homicidio a ella y sus hijos o hijas
- * Amenazas o intentos de suicidio de la mujer asistida

- * Amenazas o intentos de suicidio de la mujer asistida
- * Malos tratos a hijos o hijas u otros integrantes de la familia
- * Lesiones graves, requiriendo incluso hospitalización
- * Amenazas o acoso a pesar de estar separados
- * Aumento de la intensidad y frecuencia de la violencia
- * Agresiones durante el embarazo
- * Abusos sexuales repetidos
- * Comportamiento violento fuera del hogar
- * Celos extremos, control obsesivo de sus actividades diarias, adónde va, con quién está o cuánto dinero tiene
- * Aislamiento creciente
- * Disminución o ausencia de remordimiento expresado por el agresor

11.2.- INDICADORES DE DETECCIÓN DE SITUACIONES DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN SUS HIJOS E HIJAS [70]

En la intervención socio-sanitaria con niños, niñas y adolescentes es posible detectar si ellos/as están en situación de violencia. En caso de que se detectara ésta en el núcleo familiar, hemos de tener en cuenta

70.- Por Zaida Yanes Bethencourt.



Violencia contra las mujeres

que con mucha frecuencia las mujeres, madres, también se encuentran en situación de violencia. Esto es importante integrarlo porque nos permite tender puentes con esas mujeres, para que sea posible un cambio hacia la protección de los y las hijas. Hemos de apuntar a la intervención con las madres en forma simultánea a sus hijos e hijas, para que puedan iniciar un proceso de salida de esa relación, hacer accesibles espacios dentro de los servicios socio-sanitarios a los que puedan acudir a buscar ayuda y acompañamiento, ya que tienen derecho a ello, y nosotras/os como funcionariado público, el deber de brindarlo.

De ahí que un uso adecuado de los indicadores ha de tener en cuenta criterios como la frecuencia de las manifestaciones y el contexto: dónde, cómo y cuándo aparecen ya que no se establecen bajo criterio único causa efecto; es decir, la aparición de un indicador por sí mismo no remite una situación de violencia (Laura F. Ascensi Pérez, 2007). Incluimos esta apreciación ya que se tiende a un uso sesgado de los indicadores, utilizado a modo de diagnóstico clínico en función de un determinado número de síntomas. Los indicadores han de funcionar como alertas que nos inste a indagar en una posible situación de violencia o abuso de poder.

Los indicadores se pueden dar a distintos niveles

- * **Somático y fisiológico**
- * **Cicatrices, hematomas, fracturas, magulladuras, cortes, quemaduras, raspaduras, marcas de mordeduras, entre las más comunes.**

Quien calla otorga

11

- * **Trastornos de la alimentación, de la vigilia y del sueño.**
- * **Descuido y suciedad corporales y de la vestimenta.**
- * **Dolores frecuentes y diversos.**
- * **Retrasos en el desarrollo físico, emocional, cognitivo, psicosocial.**
- * **Actitudinal y emocional**
 - * Nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, recelo, vigilancia, aislamiento, hostilidad.
 - * Cansancio, desmotivación, inapetencia y pasividad.
 - * Fluctuaciones bruscas en el estado de ánimo.
 - * Depresión, tristeza y baja autoestima.
 - * Aversión al contacto físico o a la interacción social con personas adultas.
- * **Conductual**
 - * Absentismo escolar reiterado e injustificado.
 - * Entrada temprana y salida tardía de la escuela.
 - * Crisis repentina de rendimiento escolar.
 - * Declaraciones reiteradas de: “nadie se ocupa de mí”.
 - * Miedo a regresar a casa.
 - * Afirmación de que ha sido maltratado/a.
 - * Expresión pública de comportamiento sexual precoz.
 - * Peleas y discusiones frecuentes.
 - * Comportamiento agresivo, antisocial y destructivo.

* Explosiones de llanto sin motivo aparente

En el caso de **abuso sexual**, forma común de maltrato del padre o padrastro sobre los niños y, en especial, las niñas, existen ciertos síntomas diferenciales que cabe resaltar:

* **Indicadores físicos:** destacan dolor o picor en región genital, dificultad para caminar o sentarse, dificultad para la defecación, tumefacción o erosiones en zona vaginal o anal, infecciones o enfermedades de transmisión sexual, restos o manchas de semen o sangre y embarazo.

* **Indicadores comportamentales:** conductas sexuales atípicas, por precoces, para la edad y crecimiento de las niñas o niños de que se trate, problemas emocionales, afectivos y conductuales, problemas del desarrollo cognitivo, tales como dificultades en la atención y concentración, o desórdenes funcionales como hiperactividad o cualquier otro aspecto que interfiriera en un desarrollo pleno en algún aspecto de su vida.

Ante la observación de estos indicadores, es necesaria una intervención socio-sanitaria respetuosa y garantizadora de los derechos humanos de las niñas, niños y adolescentes, que ha de combinarse con una indagación

a fin de conocer si la mujer, madre de las/los mismos, se encuentra o no en una situación de violencia, lo que por otro lado insistimos, se verifica en un alto número de casos. El presente manual no ha incluido

en sus desarrollos violencia contra niños, niñas y adolescentes porque es una temática que, como se ha dicho, merece un tratamiento detallado y particularizado y está regulada también por normativa específica. Sólo hemos hecho mención a los casos en los que, la intervención socio-sanitaria con esta población puede mostrarnos indicadores de detección de situaciones de violencia contra las mujeres.

Algunas recomendaciones para actuar ante la sospecha de que un niño, niña o adolescente pueda estar en un contexto de violencia de género

Si hemos detectado alguno de los indicadores descritos anteriormente y/o tenemos algunas

sospecha de que un niño/a o adolescente está sufriendo una situación de violencia de género en su contexto familiar, debemos tener presentes algunos aspectos a la hora de actuar.





Violencia contra las mujeres

Quien calla otorga

11

Con la mujer, madre de las/los mismos:

- * Crear un vínculo de confianza y asesoramiento, ofreciéndole un espacio de libre expresión
- * Una buena práctica en estos casos es hablar a solas con ellas, escucharlas, no juzgarla y asesorarlas sobre los pasos a seguir
- * Tanto para identificar la violencia, como para realizar algún acompañamiento que pudiera ser necesario.
- * Tenemos que tener siempre presente que las mujeres en situación de violencia sienten culpa, miedo, vergüenza tal y como hemos venido diciendo. Por ello muchas veces no piden ayuda, ocultan y hasta minimizan los malos tratos a los que asisten sus hijos/as de manera directa o indirecta.

Por ello en muchas situaciones posiblemente tengamos que hacer una derivación responsable para favorecer que las mujeres empiecen a trabajar en la identificación de la violencia que las afecta a ellas y a sus hijos/as.

Es importante no juzgar su actuación como una "mala madre" desatendiendo a la compleja situación que supone la violencia en contexto de pareja o ex.



Con las niñas, niños y adolescentes

- * Es importante escucharlo/la, independientemente de su edad, nadie conoce mejor que él/ella lo que está viviendo. Además es una obligación legal hacerlo.
- * Tenemos que partir siempre del respeto, confiar en sus relatos y garantizar una escucha activa

Para nosotras/os como profesionales

- * Es nuestra obligación informarnos de la existencia de protocolos de actuación y recursos específicos en nuestra zona de residencia/trabajo, tanto para la actuación con mujeres como con niñas, niños y adolescentes, ante posibles situaciones de violencia a las que estén sometidas y sean detectadas en la intervención socio-sanitaria
- * Es necesario tener clara esta idea: un maltratador no puede ser un buen padre, ambas cosas van necesariamente separadas en tanto un "buen padre" no ha de someter a violencia a ningún miembro del núcleo familiar.



11.3.- ALGUNAS RECOMENDACIONES: CONTRIBUYENDO A LA RECUPERACIÓN DE LAS RIENDAS DE SU VIDA

Respeto a la confidencialidad: garantizar entrevistas a solas con las mujeres, es fundamental para generar un vínculo de confianza, permitir que le pongan palabras a sus malestares y brindar seguridad. En caso de ser acompañada por el agresor, pensar en alguna excusa para sacarlo de la consulta a modo que ella no quede en riesgo por esa situación.

Generar un vínculo de confianza: a partir de mostrar un conocimiento de la problemática, su dimensión, riesgo y funcionamiento, es importante que nuestras intervenciones socio-sanitarias, para ser integrales, comprendan la desculpabilización a las mujeres por la violencia que padecen. También es importante no incurrir en prácticas revictimizantes como las ejemplificadas anteriormente y valorar sus esfuerzos de supervivencia.

Abordaje desde el punto de vista de las mujeres: Puede suceder que la urgencia en el abordaje de la problemática esté más en el/ la profesional que en la necesidad de las mujeres. Por eso matizamos que es importante situar la problemática a partir de dónde sitúan las mujeres el eje, en lugar de centrarnos en lo que consideramos como problema. De esta manera, no forzaremos a que las mujeres hablen de determinadas experiencias sin estar preparadas para ello.

Creer y validar sus experiencias: tener una escucha activa que parta de la creencia y no la duda en lo que las mujeres narran; informarlas de que no lejos de estar solas en esta problemáticas, son miles de mujeres en el mundo las que la atraviesan. Porque tienen que ver con cómo se distribuye el poder en nuestras sociedades machistas, patriarcales y capitalistas; elaborar con ella los niveles de riesgo en los que puede estar.

Reconocer y nombrar la injusticia: recordarles que las reacciones ante la violencia que se recibe son defensas legítimas y no violencia cruzada; que nadie merece ser maltratada y que hay otro tipo de vínculos posibles para ellas; tener en cuenta y comentarles que de estas relaciones se sale, aunque no rápidamente ni en un sólo paso, que son recorridos largos y muchas veces costosos que implican decisiones y cambios, pero posibles.

Respetar su autonomía: su derecho a tomar decisiones sobre sus propias vidas, respetar que sean las propias mujeres quienes decidan cuándo salir de las situaciones de violencia en las que están inmersas y trabajar en este sentido, porque será entonces cuando las decisiones puedan ser sostenidas por ellas.

No condicionar nuestras intervenciones a la ruptura de la relación ni discontinuar la atención cuando haya pasos hacia atrás o revinculaciones: es importante recordar que los y las profesionales socio-sanitarias no están para enjuiciar, reprimir, castigar las conductas de las



Violencia contra las mujeres

mujeres en situación de violencia, sino para acompañar y trabajar por la ruptura de las relaciones abusivas y violentas. Si partimos de entender la complejidad de la problemática que exige en muchos casos romper con formas extendidas de entender el amor, con proyectos vitales, con estrategias de supervivencia, entenderemos que la desvinculación con los agresores no es lineal ni ascendente, que hay retrocesos y que es importante que estemos ahí para continuar acompañando a esas mujeres y no dejarlas sin acceso a la salud y a la justicia y sumidas en el aislamiento.

Ofrecer atención en cuanto a la demanda sanitaria que trae a consulta: si bien es fundamental hacer caso en todo momento al origen, las causas de los problemas de salud de las mujeres, es importante dar respuesta a las demandas sanitarias que ella presente.

Ayudarla a ganar seguridad y crear medidas de protección: Podemos preguntarles qué estrategias han tejido ido tejiendo para preservar su seguridad, y cómo han funcionado esas estrategias, socializar nuestra experiencia a partir del trato con muchas mujeres que atraviesan estas situaciones; podemos por ejemplo, ayudarla a pensar excusas que justifiquen su visita a nuestra consulta Considerarla sujeta activa y agente de su situación y recuperación.

Preguntar por sus redes de seguridad: preguntar si tiene dónde ir en caso de que no poder volver a casa o la agresión sea muy grave. Preguntar por amistades, familiares cercanos y personas de confianza

Quien calla otorga

11

con las que pueda fortalecerse (desde posibilidades de alojamiento hasta de ocio para poder establecer espacios de distensión y recuperación). Es importante evaluar con ellas cuáles son sus redes y de quiénes puede echar mano si la situación se complicara, si tiene lugares a los que ir si necesitara escapar del peligro.

Ofrecer números de urgencia y emergencia: Si usa teléfono celular, tener algún establecimiento de llamada rápida a alguien cercano que pueda socorrerla, la policía, alguna referente del centro de salud o servicio especializado en atención a violencia contra las mujeres.

Plan de seguridad: Es importante que con las mujeres que estén en situaciones altas de riesgo, se elabore un plan de seguridad por si tuviera que huir rápidamente del hogar. Algunas medidas podrían ser las siguientes, aunque se recomienda la elaboración contextualizada y creativa de cada situación:

- * Tener un juego adicional de llaves de la casa y el coche en algún lugar que sólo ella sepa.
- * Tener llaves, documentación, medicación en caso de tomarla o lo que fuere necesario para su urgente salida, preparado en algún lugar cercano a la puerta.
- * Listado de teléfonos de emergencias y de aquellas personas que pudieran alojarlas.
- * Comenzar un ahorro (sea en una cuenta corriente que sólo ella



conozca o en un lugar seguro) donde pueda hacer una provisión de dinero en metálico.

- * En caso de situaciones de peligro extremo se recomienda tener alguna señal de auxilio acordada con vecinas/os.

Promover el acceso a servicios de la comunidad:

Conocer los recursos de la zona, los teléfonos de atención especializada. Realizar derivaciones responsables: acompañándola si es necesario, siendo conocedoras de un abordaje respetuoso y tomando medidas para garantizar que no sufrirá una revictimización.

Hemos de **tener presente el ciclo de la violencia**^[71] para identificar en qué momento pudiera estar la relación, y pensar nuestra intervención en función del estado de la mujer que atendemos.

Ofrecer partes de lesiones: Cuando se identifica, en la intervención socio-sanitaria una situación de violencia de género, es

71.-Ver apartado 7.2, página 104.



importante **registrarla en la historia clínica**, especificando los hechos, actitudes, acciones y omisiones que las mujeres narran. También será un valioso aporte y buena práctica que ofrezcamos un parte de lesiones en situaciones de violencia física. En aquellos casos en que nos encontremos ante la obligación legal de denunciar, han de tenerse en cuenta los deseos, posibilidades, riesgos de las mujeres y la confidencialidad que le debemos, ya que de lo contrario quebraríamos la protección emocional que todo entorno sanitario debe garantizar.

La complejidad de las situaciones de violencia de género, dan cuenta que no estamos ante un hecho puntual, por ello una vez detectada la violencia no debemos olvidar preguntar desde cuándo vienen ocurriendo las agresiones, qué otros tipos de maltrato ha sufrido e indagar por otros síntomas.

En los casos en que las propias mujeres acepten o soliciten un **parte de lesiones**, como en aquellos en que estemos obligadas/os a denunciar la violencia, se recomienda leerles el informe completo antes de su emisión definitiva ya que en muchas ocasiones ellas no quieren que consten algunos episodios que pudieran hacerlas sentir humillada o avergonzada (ej actos

de violencia sexual). Seremos cuidadosas/os y lo escribiremos con letra clara de modo que cualquier otro profesional y la autoridad judicial puedan entenderlo.

Ojo! Es importante incluir en el parte de lesiones, si hubiera heridas en diferentes momentos de evolución o cicatrices atribuibles a la violencia, ya que eso permite dar cuenta de la sistematicidad de los actos violentos.



Igualmente cuando hacemos un **informe psicológico hemos de incluir esta dimensión temporal** de la violencia ya que las cicatrices que deja ésta no son únicamente físicas. En caso de que las mujeres fueran a denunciar se recomienda ofrecer un informe que acompañe la denuncia donde desde la institución -independientemente de nuestra profesión específica- se dé cuenta del conocimiento de la situación de violencia. Especialmente cuando ésta no tiene secuelas físicas directas.

Promover la sensación de eficacia propia: contribuir a detectar y potenciar las fortalezas y recursos propios que ayuden a la realización de sus objetivos, especialmente cuando se trata de iniciar el proceso de salida. Por ejemplo ayudarlas a recordar otros momentos difíciles y los mecanismos utilizados para afrontar esas situaciones; preguntarle por lo que la motivaría a realizar un cambio, imaginar cómo sería un día

sin el agresor, animar a definir y realizar pequeños cambios incluso simbólicos (por ejemplo con las cosas cotidianas del hogar) que ella exprese como deseables.

Potenciación de los riesgos desde la intervención socio-sanitaria

Basado en lo expuesto en Pilar Blanco Prieto y Consue Ruiz-Jarabo Quemada (coord.) "La violencia contra las mujeres : prevención y detección : cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas". Ed. Díaz de Santos. Madrid, 2005.

Violar la confidencialidad

- * Entrevistando a la mujer en presencia de su pareja u otro familiar
- * Comentando el caso con otros compañeros/as en tono morboso o anecdótico
- * Llamando a la policía o comunicando judicialmente la situación sin su consentimiento

Trivializar o minimizar la violencia

- * No tomando en serio su miedo y su riesgo percibido
- * Asumiendo que si ha aguantado no puede ser tan grave
- * Culpándola de encontrarse en esa situación o sostener esa relación (ej.: ¿porqué lo aguantás? ¿si fuera yo ya lo hubiera dejado! ¿cómo te dejás hacer eso?)



- * Normalizando distintas formas de control o estallido violento
- * Considerando que no está dentro de nuestro ámbito de intervención

No respetar su autonomía

- * Recomendarle terapia de pareja
- * Prescribir psicofármacos sin atender la recuperación de forma integral
- * Castigándola o negándole nuestra atención si no hace lo que le decimos
- * No teniendo en cuenta el riesgo en el que se encuentra (ej.: no preguntarle si cree que puede volver a su casa o si tiene algún lugar seguro al que ir si la cosa empeora)

- * Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres (ed. *Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad. Madrid, 2008* -Disponible en la web).

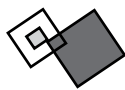
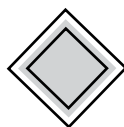
RECURSOS

- * Consejerías: Programa Nacional de salud sexual y procreación responsable:

http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guias%20y%20cuadernillos/Consejerias_25072011.pdf

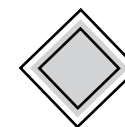
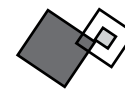
- * Manual de apoyo para agentes de salud:

http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guias%20y%20cuadernillos/manual_ssryp.pdf



POSTFACIO

Por alejandra ciriza



Este manual ha surgido de un largo proceso de práctica y reflexión acerca de una relación compleja: la que existe entre los avances legales habidos en la Argentina y las posibilidades de transformación en las prácticas de los y las sujetas en orden al ejercicio de derechos ciudadanos para mujeres.

Aborda un tema de difícil tratamiento: el lugar de los y las profesionales de la salud en la promoción y garantía del derecho de las mujeres a una vida sin violencia, a sabiendas de que en ese terreno el camino es áspero y lento, sujeto a avances y retrocesos.

Entiendo que es importante poner en palabras de dónde procede la dificultad, en qué sentido creo que este texto -que indudablemente es útil, pues contiene referencias a herramientas para actuar en la urgencia, indicaciones sobre los recursos disponibles, reflexiones teóricas, indicadores para detectar situaciones de violencia, sugerencias terapéuticas- es a la vez incómodo.

Su costado, por así decir, amable, procede de que el material nació de la experiencia compartida entre personas comprometidas personal, profesional y políticamente con la transformación en la condición de vida de las mujeres y quienes tomaron esos cursos, diseñados y dictados desde una doble coordinada: la perspectiva de género y de derechos humanos,

con el objetivo de profundizar sus conocimientos o tal vez, por qué no, ponerlos en tela de juicio.

Los cursos, dictados durante 2011 -2012 fueron un punto de desafío y encuentro donde confluyeron médicos/as, trabajadores y trabajadoras de la salud procedentes de distintas formaciones, integrantes de organizaciones de la sociedad civil vinculadas a la promoción de derechos ciudadanos para las mujeres.

Su costado ríspido deriva tanto del tema: la cuestión de la violencia, como de la perspectiva asumida, pues ella nos enfrenta a la tarea ardua de aprender desaprendiendo los gestos arraigados en la costumbre, en las cegueras parciales que nos habitan en un mundo en el que es rutina naturalizar las asimetrías, las desigualdades, las relaciones de dominación y explotación en razón de la clase, del color de la piel, del género, de la sexualidad, de la edad.

En esta línea doble de partir de la experiencia compartida y de hacer consciente lo que a menudo pasa desapercibido, en este trabajo se considera el género como un determinante en la vida y acceso a derechos de quienes no hemos llegado sino tardíamente a la ciudadanía, a la vez que procura por los nexos invisibles entre derechos humanos, género e intervención socio-sanitaria.



Si bien está dirigido a todas y todos quienes estamos comprometidos/as con el horizonte emancipatorio de un mundo sin violencias como idea reguladora, el texto busca entablar un diálogo con quienes trabajan en el campo de la salud. Y sucede que no es tan sencillo, pues frecuentemente están atravesados por una concepción del saber en cuyo corazón se halla la idea aceptada de ciencia^[71]. Su formación profesional se les presenta como un proceso de adquisición de conocimientos científicos y habilidades técnicas neutrales, es decir, separadas de las condiciones históricas y sociales de su emergencia. El guardapolvo blanco, la confianza en la ciencia y en la tecnología, el proceso de educación por el que han atravesado, hace sumamente difícil que puedan preguntarse por la relación entre saber médico y sociedad, y aún menos por la relación entre saber médico y androcentrismo, o entre saber médico y sesgos de clase o de procedencia étnica, entre saber médico y poder.

Dueños de un conocimiento especializado, adquirido dificultosa y lentamente los/las profesionales debe tomar decisiones técnicamente adecuadas en orden a la cura. De allí que el principio de beneficencia haya gobernado durante mucho tiempo la práctica médica, y lo haga aún: los/ las médicas están allí para salvar vidas y proteger personas. No han aprendido a preguntarse por el propio lugar en la garantía de

derechos ciudadanos, ni por la autonomía de los y las sujetas a quienes curan y asisten.

Comprender que varones y mujeres tienen diferentes factores de riesgo y protección, supone, por decirlo en términos de Kuhn, una suerte de inversión de la mirada, un cambio para que sea posible percibir otros contornos, que haga visible lo invisibilizado.

Ubicarse en el lugar de garante de derechos puede lograrse cuando se ha realizado un desplazamiento que permita articular el espacio social al de la práctica profesional, una operación a la vez sutil y dificultosa.

Para que quienes intervienen en situaciones de violencia puedan transformar sus posiciones es preciso cambiar su educación, proporcionar herramientas analíticas que les permitan comprender cuál es su papel en la garantía de los derechos de los y las ciudadanas que acuden a los servicios de salud, educarlos/as en una mayor conciencia del proceso histórico de surgimiento del saber médico, desnaturalizar los sesgos sexistas, que bajo el manto de la neutralización de los cuerpos masculinos ha hecho invisible la especificidad de las mujeres, o la ha reducido a su aparato reproductor. Y esto sin mencionar la clase y la etnia, o los /las sujetos intersex, o las personas trans, cuyos cuerpos han circulado largamente por los caminos que ha trazado la *nosografía*.

El cambio de foco que proponemos coloca en el centro la cuestión de la violencia hacia las mujeres, entendida como toda acción u omisión basada en relaciones asimétricas de poder que afecte la vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual y/o económica de las mujeres. Desde el punto de vista asumido en este trabajo la violencia

71.- La llamada “concepción aceptada de la ciencia” corresponde a una imagen socialmente construida a lo largo de siglos. Esta visión, que muestra a la ciencia como progresiva, acumulativa y valorativamente neutral ha sido transmitida a lo largo del proceso de formación. El minucioso, lento y gradual proceso de educación científica organiza el modo de percibir, manipular, seleccionar aspectos relevantes e irrelevantes, nombrar hasta tal punto que Evelyn Fox Keller ha señalado: “tradicionalmente, las palabras son objeto de las humanidades y las cosas de las ciencias naturales” (Kuhn, Thomas. 2004; Fox Keller, Evelyn. 2000).



Violencia contra las mujeres

hacia las mujeres es a la vez producto y productora de las relaciones heteropatriarcales de explotación y dominación. No es una anomalía, sino un factor constitutivo del orden social existente.

En este punto anuda otro de los hilos problemáticos de este tejido en construcción: a contrapelo del sentido que se ha ido instalando como “común”, consideramos que la violencia no procede de patología alguna, ni es efecto de alguna casualidad o arbitrariedad súbita y desafortunada, sino que es un elemento a la vez estructural e histórico, productora y producida en el ejercicio de la dominación masculina y una de las claves para su perpetuación.

Es la violencia lo que mantiene a las mujeres a raya en sus incursiones en el espacio público, es su naturalización lo que la hace imperceptible como elemento regulador de sus/nuestras vidas, como nudo decisivo en el aprendizaje de la indefensión, como clave interpretativa de sus maneras de enfermar.

De allí la relevancia de la transformación que, en el orden simbólico, ha implicado la sanción de la ley 26485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.

En las nuevas coordenadas que la ley propone, se abren múltiples interrogantes, entre ellos los debates y lecturas acerca de las significaciones de la violencia contra las mujeres. Tras los pasos de Encarna Bodelón González, en este trabajo se parte de la idea de que la violencia contra las mujeres, que son las principales afectadas, tiene origen en las relaciones de poder y desigualdad fundadas en el sistema sexo-género-sexualidad.

Quien calla otorga

En esa línea este manual ha procurado interpelar a los y las trabajadoras de la salud convocándolos a poner en duda de los saberes adquiridos, a debatir y construir colectivamente prácticas respetuosas de los derechos humanos de las mujeres, atentas a los sesgos sexistas en la intervención y a los riesgos de intervenir inadecuadamente reproduciendo tutelajes y revictimizaciones.

De allí el espacio destinado a los mitos: mitos sobre la violencia; respecto de las mujeres violentadas, a menudo consideradas sólo en cuanto víctimas, y mitos sobre los agresores que reproducen la idea de que estos varones son enfermos, impulsivos o violentan por problemas de consumo; también mitos sobre la violencia cruzada y sobre las vías de salida de las situaciones de violencia.

Los mitos son un punto clave pues condensan lo que ha cristalizado del sentido común en una sociedad en la que la violencia ha sido invisibilizada, o considerada como efecto de la casualidad, o tenida por inevitablemente ligada al amor.

La visibilización de la trama de mitos abre el espacio para la revisión crítica de las herramientas conceptuales disponibles, como la idea de que las mujeres son víctimas, que individualiza y despolitiza la violencia ocultando la desigualdad social que la produce y sostiene.

El desplazamiento de la idea de víctima a la de sobreviviente, o el uso de la noción de mujeres en situación de violencia opera a la vez como denuncia de la situación estructural y como apertura hacia la visualización de las posibilidades que las/los sujetos tienen de transformarla. La incitación al uso de nuevos conceptos, la desnaturalización de lo aprendido, abre el

POST



horizonte hacia formas de abordaje que pueden asumir la complejidad de la violencia hacia las mujeres preservando a los y las profesionales de las frustraciones a las que exponen los esquemas simplistas, que a menudo depositan en un acto la expectativa de resolución definitiva del conflicto, como es el caso de la idea de que la violencia cesará tras la ruptura del vínculo, o una vez que se haya efectuado la denuncia penal o civil.

De allí la utilidad de la construcción de un conocimiento que tenga en cuenta el proceso a través del cual las mujeres quedan sujetas a vínculos violentos, la forma bajo la cual opera el ciclo de la violencia, sus efectos sobre la salud, entendida en el sentido bio-psico-social.

El manual propone un recorrido reflexivo: a la vez que es preciso informar, proporcionar conocimientos sobre aspectos, indicadores, procesos no sabidos es necesario saber que no hay automatismo alguno, que las sujetos, la escucha de sus recorridos y vivencias, la atención a sus experiencias proporciona enseñanzas, pues las mujeres que han atravesado y atraviesan situaciones de violencia suelen desarrollar una enorme capacidad de resistencia, obtenida en la lucha diaria por sostenerse con vida, para defenderse de las agresiones, las humillaciones, las descalificaciones, en el despliegue de tácticas (las de quienes se hallan en condiciones de subalternidad y amenaza) para disminuir la frecuencia y brutalidad de los episodios de violencia.

No sólo de saberes técnicos está construido este manual, también se ha nutrido de los puntos de vista y las experiencias de quienes han sobrevivido.

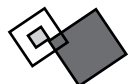
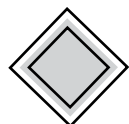
Son ellas las que han permitido que se gestase una propuesta terapéutica de trabajo grupal, que las Descosidas han llamado “modelo cooperativo

entre iguales”, una propuesta que promueve el trabajo horizontal, estimula la puesta en común de la propia experiencia, apunta al fortalecimiento de los lazos entre quienes han transitado experiencias de violencia.

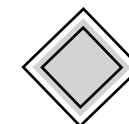
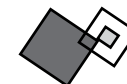
El recorrido propone herramientas por así decir, activas, que puedan ser resignificadas y debatidas, compartidas en espacios colectivos, pensadas para colaborar en la construcción de una mayor democratización en el ejercicio profesional, a la vez que se construyen y socializan herramientas de autoprotección.

La clave para que la violencia hacia las mujeres deje de ser costumbre, el punto en el cual las transformaciones legales dejen de ser sólo letra muerta es precisamente éste: la aceptación del desafío que implica cambiar nuestras posiciones, transformarnos a nosotros y nosotras mismas, desaprender los patrones de sumisión tan larga y lentamente incorporados que han devenido imperceptibles, respetar y hacer respetar la propia autonomía, asumir nuestros derechos como ciudadanas como algo más que un asunto formal.

Transformaciones que suponen aprender y desaprender, hacer y deshacer, como en una compleja urdimbre tejida por muchas manos, condensada en varios nudos, en el de la violencia, el de los derechos, el de nuestras prácticas ciudadanas y profesionales, todos ellos reunidos en ese maravilloso “sueño racional” (como le hubiera gustado decir a mi querido amigo Francisco Fernández Buey) ese oxímoron utópico de un “sin lugar” que se ubica a la vez como el deseo que guía los proyectos a realizar en la tierra, un lugar donde sea posible la vida sin violencia alguna, una sociedad en la cual todas y todos seamos capaces de respetar y asumir nuestra propia autonomía y la de los y las demás.



RECURSOS DE ATENCIÓN A LAS MUJERES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA



Gobierno de la provincia de Mendoza

Dirección de las mujeres, género y diversidad

Referenta: María Laura Palero

- * **Dirección:** Agustín Delgado 218 - ala este 5º piso - C.P. 5500
- * **Tel.:** 0261 - 428-4828, 0261-428-4746
- * **Web:** <http://www.social.mendoza.gov.ar/desarrollo/index.php/muj-institucional>
- * **E-mail:** institutodelamujer@mendoza.gov.ar
- * **Horario:** lunes a viernes de 8 a 13 hs y de 14 a 17 hs.
- * **Atención en situaciones de violencia contra las mujeres:** Contención y asesoramiento a través de un equipo interdisciplinario conformado por trabajadoras sociales, psicólogas/os y abogadas/os.

❖ ❖ ❖ Municipalidad de Godoy Cruz ❖ ❖ ❖

Dirección de desarrollo social área mujer

Referenta: Silvina Anfuso

- * **Dirección:** Perito Moreno 280, 2º piso

- * **Tel.:** 0261 - 4133249/270
- * **E-mail:** sanfuso@godoycruz.gov.ar; dsocialgc@gmail.com
- * **Horario:** lunes a viernes de 8 a 14h

* **Atención en situaciones de violencia contra las mujeres:**

Atención directa a cargo de un equipo interdisciplinario que definirán la estrategia de recuperación y abordaje:

- * **Psicóloga:** lunes a viernes de 8 a 14 hs
- * **Abogada:** atiende lunes y miércoles de 11 a 15:30 hs
- * **Trabajadora social:** lunes a viernes de 8 a 14 hs
- * **Recursos habitacionales:** Convenios con algunos refugios pero por días/ Ayudas para alquiler...

❖ ❖ ❖ Municipalidad de Capital ❖ ❖ ❖

Dirección de DDHH Políticas de Género y Juventud

Referenta: Cecilia Diez

- * **Dirección:** 9 de Julio 500, 3º Piso C.P. 5500
- * **Tel.:** 0261 - 449 5304/02
- * **E-mail:** politicasdegenero@ciudademendoza.gov.ar



- * **Horario:** lunes a viernes de 8 a 14 hs
- * **Atención en situaciones de violencia contra las mujeres:**
Atención directa a cargo de un equipo interdisciplinario que definirán la estrategia de recuperación y abordaje:
 - * **Psicóloga:** lunes 8 – 11 hs y miércoles 8–10 hs y martes 14 -16 hs (abordaje grupal e individual)
 - * **Abogada:** lunes y viernes toda la mañana
 - * **Trabajadora social:** lunes a viernes toda la mañana
- * **Centro Comunitario La Favorita:** lunes y viernes en horario de tarde y martes miércoles y viernes en horario de mañana.
- * **Otros recursos disponibles:** Grupo de mujeres en situación de violencia, Cursos que fortalecen el emprendimiento laborales.
- * **Recursos habitacionales:** Cuentan con casa-refugio disponible.

❖ ❖ ❖ **Municipalidad de Guaymallén** ❖ ❖ ❖

Área de Mujer, Género y Diversidad

Referenta: Gabriela Perrota

- * **Dirección:** C/Godoy cruz 1227 (primer piso) San José -Guaymallén-
- * **Teléfono:** 0261 – 4451223
- * **Facebook:** Área de género de Guaymallén
- * **Correo:** politicadeequidadgllen@gmail.com
- * **Horario:** De lunes a viernes de 9 a 14 hs y miércoles hasta 18 hs
- * **Atención en situaciones de violencia contra las mujeres:**
Atención directa a cargo de un equipo interdisciplinario que definirán

la estrategia de recuperación y abordaje:

- * **Psicóloga:** lunes y miércoles mañana y tarde.
- * **Abogada:** lunes en el horario descrito.
- * **Trabajadora social:** lunes martes jueves y viernes en el horario descrito.
- * **Otros recursos disponibles:**
Grupo terapéuticos y de reflexión para mujeres en situación de violencia; grupo de teatro y juego (miércoles de 15.30-17:30 hs); grupos de orientación laboral que refuerzan emprendimientos autónomos como cooperativas de trabajo. Seguro de capacitación y empleo para mujeres en situación de violencia en coordinación con el Ministerio de Trabajo de la Nación es un programa que se está implementando a nivel nacional, en pro de la promoción de emprendimientos laborales.
Hacen asesoramiento en salud sexual y reproductiva y derivaciones a diferentes organizaciones y dispositivos disponibles municipalmente.
- * **Recursos habitacionales:**
Cuentan con refugio, ayudas para alquileres en coordinación con el Área de Desarrollo.
- * **Servicio de emergencia:** 0261-4498204 //155 60 22 91 (Gabriela Perrota)



Violencia contra las mujeres

Quien calla otorga

POST

❖ ❖ ❖ **Municipalidad de Las Heras** ❖ ❖ ❖

Dirección de DDHH

Referenta: Beatriz Fernández

- * **Dirección:** C/Rivadavia 651
- * **Tel.:** 0261-4129637
- * **Horario:** De lunes a viernes de 8 a 14 hs
- * **Atención en situaciones de violencia contra las mujeres:**
Atención directa a cargo de un equipo interdisciplinario que definirán la estrategia de recuperación y abordaje:
 - * **Psicóloga:** lunes a viernes de 8 a 14 hs (atención individual y grupal)
 - * **Abogada:** martes y jueves de 10-13:30 hs
 - * **Trabajadora Social:** no depende directamente del área, pero ofrecen el servicio en función de las situaciones concretas de las mujeres atendidas.
- * **Otros recursos disponibles:** Grupo de autoayuda, Intervención barrial y otros trabajos en coordinación con diferentes áreas municipales en función de las necesidades de cada situación.
- * **Recursos habitacionales:** Convenios con algunos refugios/ Ayudas para alquilar...

❖ ❖ ❖ **Municipalidad de Luján** ❖ ❖ ❖

Dirección DDHH

Referenta: Lidia Donsic

- * **Dirección:** C/alvear, 74
- * **Tel.:** 0261-4985915
- * **Horario:** De lunes a viernes de 8 a 16 hs
- * **Atención en situaciones de violencia contra las mujeres:**
Atención directa a cargo de un equipo interdisciplinario que definirán la estrategia de recuperación y abordaje:
 - * **Orientadora de Familia:** encargada de contención, asesoramiento y derivación.
 - * **Psicóloga:** de lunes a viernes.
 - * **Abogada:** de lunes a viernes de 13 – 16 hs (excepto martes)
- * **Otros recursos disponibles:**
Grupo de autoayuda, microemprendimientos, y otros trabajos en coordinación con diferentes áreas municipales en función de las necesidades de cada situación.
Hay un *Consejo de la Mujer* que comprende a todas las organizaciones de la sociedad civil de Luján para trabajar en red para solventar alguna situación de mujer.
- * **Recursos habitacionales:** convenios con algunos refugios (por algunos días)
- * **Servicio de emergencia:**



* **Teléfono:** 0261 – 155341310 (Nancy Juan); 0261 155172330 (Cecilia Negri); 155751217 (Lidia Donsic)

❖ ❖ ❖ **Municipalidad de Maipú** ❖ ❖ ❖

Dirección de Desarrollo Social y DDHH

Referenta: Susana Flores

- * **Dirección:** Padre Vázquez 1367
- * **Tel.:** 0261 – 4972706 //155335400 (teléfono referenta)
- * **Horario:** De lunes a viernes de 8 a 13.30 hs / Martes y jueves de 13–17.30 hs

* **Atención en situaciones de violencia contra las mujeres:**

Atención directa a cargo de un equipo interdisciplinario que definirán la estrategia de recuperación y abordaje (el horario de atención coincide con lo especificado supra):

- * **Psicóloga:** Martes
- * **Trabajadora social:** Viernes
- * **Abogada:** Martes, miércoles y jueves

Cuentan con un equipo de voluntarias que trabajan a nivel barrial para la derivación de casos en coordinación con equipos de Desarrollo social.

* **Otros recursos disponibles:** Ayudas económicas para emprendimientos productivos que solventen el desarrollo laboral.

* **Recursos habitacionales:** Ayudas para alquiler y construcción a través de convenios específicos con las áreas que regulan estos recursos. No cuentan con refugio propio pero hacen derivaciones.

❖ ❖ ❖ **Municipalidad de San Rafael** ❖ ❖ ❖

Dirección de Familia Comunidad y DDHH

Referenta: Andrea Matacotta

- * **Dirección:** C/ Buenos Aires, 64
- * **Tel.:** 02604 – 449337//
- * **E-mail:** areadelamujer@hotmail.com
- * **Horario:** De lunes a viernes de 7 a 13 hs y 15 -18 hs
- * **Atención en situaciones de violencia contra las mujeres:**

Atención directa a cargo de un equipo interdisciplinario que definirán la estrategia de recuperación y abordaje:

- * **Psicóloga:** De lunes a viernes de 7 a 13 hs y 15-18 hs
- * **Trabajadora social:** De lunes a viernes de 7 a 13 hs
- * **Abogada:** De lunes a viernes de 7 a 13 hs

* **Otros recursos disponibles:** Grupo de autoayuda, emprendimientos productivos que solventen el desarrollo económico, y otros trabajos en coordinación con diferentes áreas municipales en función de las necesidades de cada situación.

* **Recursos habitacionales:** Convenio con un refugio privado, ayudas a alquiler con convenios específicos con las áreas que lo regulan.

* **Servicio de emergencia:** 02604-44492000 (atención municipal de emergencia con derivación a personal del área) // 02604-320692 (teléfono referenta)



Violencia contra las mujeres

Quien calla otorga

POST

❖ ❖ ❖ Municipalidad de Malargüe ❖ ❖ ❖

Desarrollo Social

Área Integral de la Familia - Área Mujer

Referenta: Nancy Ruarte

- * **Dirección:** Juan Corvalán y Comandante Salas Oeste s/n.
- * **Tel.:** 02604 - 470505
- * **Horario en oficina:** De lunes a viernes de 7 a 13 hs y de 14 a 20 hs
- * **Atención en situaciones de violencia contra las mujeres:**
Atención directa a cargo de un equipo interdisciplinario que definirán la estrategia de recuperación y abordaje:
 - * **Psicóloga:** De lunes a viernes de 7 a 13 hs y miércoles de 14 a 20 hs.
 - * **Trabajadora social:** De lunes a viernes de 7 a 13 hs
 - * **Abogada:** De lunes a viernes de 7 a 13 hs y de 14 a 20 hs
- * **Otros recursos disponibles:** Talleres de promoción de emprendimientos autónomos con formaciones específicas; becas de estudios, convenios con la bolsa de empleo de Malargüe, entre otros.
- * **Recursos habitacionales:** Hay refugio disponible para las mujeres y sus hijos/as y ayudas para el alquiler coordinadas con otras áreas municipales.
- * **Servicio de emergencia:** 24 horas de guardia en el teléfono: 08009996122.

❖ ❖ ❖ Municipalidad de General Alvear ❖ ❖ ❖

Dirección de DDHH

Referenta: Bibiana Valencia

- * **Dirección:** Intendente Morales, 54
- * **Tel.:** 02625 - 425863
- * **E-mail:** galvearmujer@yahoo.com.ar
- * **Horario en oficina:** De lunes a viernes de 7 a 13 hs
- * **Atención en situaciones de violencia contra las mujeres:**
Atención directa a cargo de un equipo interdisciplinario que definirán la estrategia de recuperación y abordaje:
 - * **Psicóloga:** atención individual martes y jueves de 9-12 hs.
 - * **Abogada:** Jueves y viernes de 9-11 hs.
- * **Otros recursos disponibles:** Talleres de capacitación para mujeres. Trabajan en coordinación con el área de salud del municipio para el abordaje de la salud sexual y reproductiva.
- * **Recursos habitacionales:** A partir del trabajo conjunto con área desarrollo social, ofrecen posibilidad habitacional temporaria.

❖ ❖ ❖ Municipalidad de Lavalle ❖ ❖ ❖

Dirección de Desarrollo Humano (para Emergencias)

- * **Dirección:** Barrio Twon manzana B casa 7, C/ José Andrés Díaz
- * **Tel.:** 0261 - 4941775



- * **Horario:** De lunes a viernes de 7:30 a 13 hs
- * **E-mail:** educacion_familia10@yahoo.com.ar
- * **Atención en situaciones de violencia contra las mujeres:**
Atención directa a cargo de un equipo interdisciplinario que definirán la estrategia de recuperación y abordaje:
 - * **Psicóloga:** lunes a viernes de 7:30 a 13 hs (a acordar con las mujeres atendidas)
 - * **Trabajadora social:** lunes a viernes de 7:30 a 13 hs (a acordar con las mujeres atendidas)
 - * **Abogada:** martes (9-13 hs) y viernes (9-16 hs)
- * **Otros recursos disponibles:** Microemprendimientos y convenios con la bolsa de empleo de Lavalle
- * **Recursos habitacionales:** Convenios con refugios (por algunos días)

OTROS RECURSOS DISPONIBLES



Oficina de Asistencia Jurídica de Violencia contra la Mujer (OFA-VMU)

Suprema Corte de Justicia de Mendoza;

Poder Judicial de Mendoza

Referenta: Stella Spezzia y Jorge Cortés

- * **Dirección:** Patricias Mendocinas y Virgen del Carmen de Cuyo,

Planta Baja, Ala Sur, ciudad de Mendoza.

- * **Horario:** De lunes a viernes de 8 a 13 hs.
- * **Tel:** (0261) 449 5749/3236 (consultas las 24 horas) 0800 666 5878 (línea gratuita)
- * **Correo electrónico:** ofavmu@jus.mendoza.gov.ar



Programa De Asistencia A Víctimas De Delitos

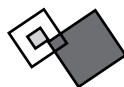
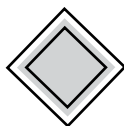
Ministerio De Justicia y Seguridad

- * **Dirección:** C/ Huergo, 397 Godoy Cruz
- * **Tel.:** :0261 - 4499427/ 28
- * **E-mail:** avd-seg@mendoza.gov.ar
- * **Web:** www.seguridad.mendoza.gov.ar
- * **Horario:** lunes a viernes de 8 a 13 y de 14 a 18 – Guardia las 24 horas.
- * **Servicios:** hacen intervención en crisis con un equipo de abogadas/os, psicólogas/os, trabajadoras/es sociales y operadoras/es que realizan la contención, activación de redes y derivación responsable. Cuentan con protocolos de actuación en violencia sexual o abuso infantil y trata de personas.

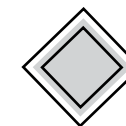
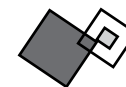


Repertorio de recursos y servicios de atención a mujeres en situación de violencia elaborado por el Consejo Nacional de las Mujeres:

www.cnm.gov.ar/GNR/Mendoza.pdf



BIBLIOGRAFÍA



✿ **Asencio, Raquel; Di Corleto, Julieta; Picco, Valeria; Tandeter, Leah (integrantes de la Comisión sobre Temáticas de Género) y Zold, Magdalena (investigadora principal)** *Discriminación de género en las decisiones judiciales: Justicia Penal y Violencia de Género* Ed. Defensoría General de la Nación, Buenos Aires, 2010.

Disponible en: (consultada el 25/05/2013) <http://www.artemisanoticias.com.ar/images/FotosNotas/inv%20defensoria11-10%5B1%5D.pdf>

✿ **Barudy, Jorge**, *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Ed. Paidós. Barcelona, 1998

✿ **Barudy, Jorge; Dantagnan, Maryorie**. *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Ed. Gedisa Editorial. Barcelona, 2005

✿ **Blanco Prieto, Pilar y Ruiz Jarabo Quemada, Consue (coord.)** *La violencia contra las mujeres : prevención y detección. Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas*. Ed. Díaz de Santos, Madrid, 2005.

✿ **Brion, María del Carmen**, *El parto de la hembra humana*, Editorial Biblos. Buenos Aires, 1995

✿ **Bodelón González, Encarna**. *La violencia contra las mujeres y el derecho no-androcéntrico: pérdidas en la traducción jurídica del feminismo* en Patricia Laurenzo Copello M^a Luisa Maqueda Abreu Ana Rubio Castro y otros *Género, violencia y derecho*. Ed. Tirant lo Blanch, Barcelona, 2008.

✿ **Cook, Rebecca**, *El feminismo y los cuatro principios éticos*, en Careaga Pérez, Gloria; Figueroa, Guillermo y Mejía, Consuelo M., (comp.) *Ética y Salud Reproductiva*, Ed.: Grupo Editorial Miguel Angel Porrúa, Programa Universitario de Investigación en Salud, 1^o edición, UNAM, México, 1996.

✿ **De Lauretis Teresa**, *Diferencias. Etapas de un camino a través del feminismo*, Ed. Horas y Horas, Madrid, 2000

✿ **Esteban, Mari Luz**, *Crítica el pensamiento amoroso*. Ed Bellaterra, Barcelona, 2011

✿ **Fausto-Sterling, Anne**, *Cuerpos sexuados*. Ed. Melusina, Barcelona, (2006 [2000])

✿ **Foucault, Michel**, *Historia de la sexualidad, 1. La voluntad de saber*, Ed. Siglo XXI, Madrid (1998 [1977])



* **Fox Keller, Evelyn** *Lenguaje y vida. Metáforas de la biología en el siglo XX*. Manantial, Buenos Aires. (2000)

* **García Muñoz, Soledad** *Los derechos humanos de las mujeres: Fortaleciendo su promoción y protección internacional. De la formación a la acción*. Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH) y Centro por la Justicia y el derecho internacional (CEJIL), Costa Rica, 2004. Disponible en: (consultada el 09/06/2013) http://www.iidh.ed.cr/comunidades/derechosmujer/docs/dm_documentospub/proteccion/proteccion.pdf

* **Gonzalez Prado, Patricia** *Riesgo para la salud, cuestión de las mujeres en El aborto como derecho de las mujeres, otra historia es posible*. Ruth Zurbriggen, Ruth y Anzorena, Claudia (comp.) Ed. Herramienta, Buenos Aires, 2013.

* **Gonzalez Prado, Patricia** *Cuerpos tomados, cuerpos reapropiados: Obstáculos al aborto no punible. Análisis de casos en Argentina desde una lectura feminista*. Tesina de Maestría en estudios de las mujeres, género y ciudadanía. Instituto Interuniversitario de Estudios de Género- Universidad de Barcelona 2010 (no publicada).

* **Gonzalez, María José**, *Permanencias y rupturas de mitos, prejuicios y estereotipos de género en la prevención de las violencias hacia las mujeres*.

Formación de promotoras comunitarias en el barrio La Gloria 2009. Tesina de Licenciatura para optar al título de Licenciada en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, 2010, Mendoza. (no publicada)

* **Gutiérrez de Piñeres Botero, Carolina; Coronel, Elisa; Pérez, Carlos Andrés** *Revisión teórica del concepto de victimización secundaria*. Liberabit v.15 n.1 Lima jun. 2009. Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272009000100006&script=sci_arttext, consultada por última vez el 05/06/2013.

* **Illouz, Eva** *El consumo de la utopía romántica. El amor y las contradicciones culturales del capitalismo*, Ed. Katz, Buenos Aires, 2009

* **Jaggar, Alison M.** “Ética feminista: algunos temas para los años noventa”, en Castells, Carme (comp.) *Perspectivas feministas en teoría política*. Ed. Paidós, Barcelona, 1996.

* **Jónasdóttir, Anna**, *El poder del amor ¿Le importa el sexo a la democracia?* Ed Cátedra, Madrid, 1993.

* **Kuhn, Thomas**, *La estructura de las revoluciones científicas*, México, FCE.2004 (1962).



Violencia contra las mujeres

- * **Lagarde, Marcela** *Memoria: Claves feministas para la negociación en el amor*. Ed. Puntos de Encuentro, Managua, 2001.
- * **Lagarde, Marcela**, *Claves feministas para la mejora de la autoestima*, Horas y Horas, Madrid, 2000.
- * **Levine, Carol** “Preguntas y respuestas (algunas muy tentativas) sobre los Comité de Ética en instituciones hospitalarias” en **Luna, Florencia y Salles, Arleen**, *Decisiones de vida y muerte: eutanasia, aborto y otros temas de ética médica*. Ed. Sudamericana, Buenos Aires, 1995.
Lorde Audre, *La hermana, la extranjera*. Ed. Horas y horas, Madrid, 2003 [1984].
- * **Luna, Florencia y Salles, Arleen** *Develando la bioética: sus diferentes problemas y el papel de la filosofía* en *Perspectivas Bioéticas*, Año 1, N° 1, pp.10-22. Buenos Aires, 1996.
- * **Macklin, Ruth**, “Ética y reproducción Humana: perspectivas internacionales”, en Careaga Pérez, Gloria; Figueroa, Guillermo y Mejía, Consuelo M., (comp.) *Ética y Salud Reproductiva*, Ed.: Grupo Editorial Miguel Angel Porrúa, Programa Universitario de Investigación en Salud, UNAM, 1° edición, México, 1996.
- * **Maffia Diana**, *Ciudadanía sexual: derechos, cuerpos, géneros e identidades*, Disponible en: (consultada el 09/06/2013).

Quien calla otorga

- * **Marsico, Gaia**, *Bioética: voces de mujeres*, Ed. ediciones, Madrid, 2003.
- * **Martin Seligman**. *El optimismo es una ventaja y un placer que se adquiere*. Atlántida, Buenos Aires, 1991.
- * **Matud, María Pilar; Padilla, Vanesa y Gutiérrez, Ana Belén** *Mujeres maltratadas por su pareja. Guía de tratamiento psicológico*. Ed Minerva, Madrid, 2005.
- * **Medina Graciela**, *Violencia Obstétrica*, Revista de Derecho de Familia y de las Personas, número 42009, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Disponible en: (consultada el 25/05/2013.) <http://www.graciamedina.com/violencia-obst-trica/>
- * **Menéndez, Eduardo**, *Modelo Médico hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud* Cuadernos médico-sociales 33, Rosario, 1985.
- * **Oaklander, Violet**, *Ventanas a nuestros niños. Terapia gestáltica para niños y adolescentes*. Ed. Cuatro Vientos. Chile, 2005
- * **Pérez del Campo, Ana María** *Una cuestión incomprensida. El maltrato a la mujer*. Ed Horas y Horas, Madrid, 1995
- * **Pitch, Tamar** *Un derecho para dos en La construcción jurídica de género, sexo y sexualidad*, Ed. Trotta, Madrid, 2003.

POST



* **Rodríguez, Rosana Paula**, *Cuerpo y Política. Palabras y silencios sobre experiencias de aborto. Testimonios de dos orillas*, Ed Académica Española, Saarbrücken, Alemania, 2012.

* **Rodríguez, Rosana Paula**, *La medicalización del cuerpo femenino. Debates éticos y políticos. El caso de la Ligadura de Trompas en la provincia de Mendoza*. Facultad de Cs Políticas y Sociales, UNCuyo, Mendoza, 2004

* **Rodríguez, Rosana**, “Bioética” en *Diccionario De Género y Feminista*, pp. 39-41. Ed. Biblos. Buenos Aires. 2007.

* **Save the Children** *Atención a los niños y niñas víctimas de la violencia de género. Análisis de la atención a los hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género en el sistema de protección a la mujer*. Save the Children. Madrid, 2006.

* **Save The Children** *En la Violencia de Género no hay una sola víctima*, Informe por Save The Children en el marco del programa internacional Daphne III de la Comisión Europea. Madrid, 2011.
Disponible en: (consultada el 06/06/2013) http://www.savethechildren.es/docs/Ficheros/425/Informe-Violencia_de_genero.pdf

* **Save The Children** *Manual de atención a niños y niñas víctimas de violencia de género en el ámbito familiar*, Save The Children. Madrid, 2008

* **Scott Joan**, *El género una categoría útil para el análisis histórico*, en **Nash, Mery y Amelang, James S. (coord.)** *Historia y Género: Las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*. Ed. Alfons el Magnànim, Barcelona, 1990.

* **Serra Duart Laia**, *Guía de salud sexual para mujeres*, editada por la **Federación Andaluza Colegas, España, 2010**.
Disponible en: (consultada el 22/05/2013) http://www.familiasporladiversidad.es/COLEGA/Guia_salud_sexual_mujeres.pdf

* **Sherwin, Susan**, (1998) “Ética, ética femenina y ética feminista”, en **Careaga Pérez, Gloria; Figueroa, Guillermo y Mejía, Consuelo M., (comp.)** *Ética y Salud Reproductiva*, Ed.: Grupo Editorial Miguel Angel Porrúa, Programa Universitario de Investigación en Salud, UNAM, México, 1998.

* **Thomas Laqueur**, *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Ed. Cátedra, Madrid, 1994.

Valls-Llobet, Carme *Diagnóstico diferencial del dolor y de la fibromialgia* Anuario de Psicología vol. 39, nº 1, 87-92. Universitat de Barcelona, 2008.
Disponible en: consultado por última vez: 06/06/2013) <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/99356/159763>

* **Valls-Llobet, Carme**, *Desigualdades de género en salud pública*,



Violencia contra las mujeres

Quien calla otorga

POST

Quadern Caps, 30, pp. 34-36. Barcelona, 2001.

* **Valls-Llobet, Carme.** *Mujeres, Salud y Poder.* Ed. Cátedra. Madrid, 2004.

* **Videla, Mirta,** *Los derechos humanos en la Bioética: Nacer, vivir, enfermar y morir,* Ed. Ad-Hoc, Buenos Aires. 1999.

* **Walker, Leonor.** *The Battered Women* (Las Mujeres Agredidas) Ed. Harper and Row Publishers, Inc. Nueva York, 1979.

* **Wittig, Monique** *El Pensamiento Heterosexual y Otros Ensayos.* Ed. Egales, Madrid, 2005 [1992].

* **Yanes Bethencourt, Aleyda** *La psicopatologización de lo femenino. Aproximación a los estereotipos de género en trabajadoras y trabajadores de la salud de Mendoza* Tesina de Maestría en estudios de las mujeres, género y ciudadanía. Instituto Interuniversitario de Estudios de Género- Universidad de Barcelona 2011 (no publicada).



FCPYS
FACULTAD DE
CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

CPu

CENTRO DE
PUBLICACIONES



ACCA
ÁREA DE COORDINACIÓN CIENTÍFICO ACADÉMICA

Quien calla otorga, es un manual realizado en el marco de los Proyectos de Divulgación Científico – Tecnológica 2012–2013 del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), una herramienta que acercamos a las y los operadores socio-sanitarios de la Argentina, a fin de promover prácticas garantizadoras de los derechos humanos de quienes asisten a los servicios de salud. Una cuestión clave para ello, además de un mandato legal, es que las prácticas se realicen desde una perspectiva de género.

Con el apoyo de:



Católicas por el Derecho a Decidir
Argentina